

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	3
BAKGRUND	3
VÄLBEFINNANDE.....	5
OLIKA VÅRDMILJÖER.....	6
<i>HISTORIK</i>	7
<i>NUTIDENS ARKITEKTUR</i>	7
<i>ESTETIK</i>	9
<i>TRÄDGÅRDAR</i>	10
KONSEKVENSER AV VÅRDMILJÖN FÖR PATIENTER OCH VÅRDEN.....	11
<i>ARKITEKTUR</i>	12
<i>ESTETIK</i>	13
Musik	14
<i>FÄRGER</i>	15
<i>MILJÖPSYKOLOGI</i>	16
<i>MILJÖTERAPI</i>	16
TEORETISK REFERENSRAM.....	18
SYFTE	20
FRÅGESTÄLLNING.....	20
METOD	20
GENOMFÖRANDE OCH URVAL	20
DATAANALYS.....	23
RESULTAT	25
EFFEKTER AV AUDITIV OCH VISUELL MILJÖ	25
<i>HÖGA LJUDNIVÅER</i>	25
<i>ESTETIK</i>	26
Musik, underhållning och konst	27
<i>FÄRGER</i>	28
FYSISKA MILJÖNS EFFEKTER PÅ MELLANMÄNSKLIGA SAMSPEL.....	29
TEKNISK UTFORMNING	30
NATURLIGT HELANDE	31
DISKUSSION	32
METODDISKUSSION	32
ETISKA ASPEKTER	37

RESULTATDISKUSSION	37
<i>LJUS OCH FRISK LUFT</i>	38
Individuell hänsyn.....	39
<i>AVSKILDHET OCH LUGN</i>	40
<i>BEHOV AV TRYGGHET OCH STÖD</i>	41
<i>OMVÄXLANDE, DISTRAHERANDE OCH VÄLGÖRANDE ESTETIK</i>	42
<i>NATUR</i>	44
<i>BEKVÄMLIGHET</i>	45
KONKLUSIONER.....	46
REFERENSER.....	48
BILAGA 1	56

INLEDNING

Det är många gånger som den fysiska miljön glöms bort i vården. Andra företeelser, exempelvis de medicinsk-tekniska känns viktigare och prioriteras. Den fysiska miljön är en beståndsdel som personal inom vården ofta inte tänker på, men som patienter däremot uppmärksammar desto mer. Det är enligt oss oerhört lätt att inte riktigt tänka på innebörden av en trivsamt fysisk miljö för sjuka människor. Ofta glömmar man även att uppmärksamma att alla patienter är olika och har individuella behov. En viss rädsla kryper lätt fram hos patienter. Det är ofta en steril och kall miljö som möter dem, där inte hemmets olika bekvämligheter finns. Enkla medel kan vara oerhört värdefulla, som till exempel tavlor, prydnadsföremål, genomtänkta val av färger på väggarna eller att patienten har tillgång till musik och aktiviteter.

Man får aldrig glömma att en välmående själ kan läka kroppen!

BAKGRUND

”Konsten i medicinen är att roa patienten medan naturen sköter läkningen”

Voltaire (Ryberg 1991, s.6)

Både som en helhet och bestående av olika delar, påverkar vårdmiljön vårdtagare, vilket gör att den har positiv liksom negativ del i vården. Den fysiska vårdmiljön innefattas av olika komponenter som samverkar; rumsutformning, volym, yta, ljus, ljud, inredning och färg (Fridell 1998). Enligt Tydén (1993) ingår även faktorer som exempelvis musik i den fysiska miljön. I utformningen av vårdmiljöer har även trädgårdar och tillgång till naturen och dess vyer börjat inkluderas (Cooper Marcus 2001). Forskaren Zeisel (2001) pekar på att inverkan av fysiskt designade miljöer har ökat i det dagliga livet. Alla miljömässiga intryck påverkar oss direkt och indirekt.

Byggnader och platser formar oss i lika stor utsträckning som vi formas av våra medmänniskor. En omgivning som människor upplever sig vara tillfreds med skapar balans i

tillvaron och stärker den fysiska hälsan och det psykiska välbefinnandet (Wikström 1997). För att kunna utforma vårdmiljöer krävs förståelse, som baseras på ett tvärvetenskapligt perspektiv, där både teknik och psykologi integreras (Kellner & Stålbom 2001). Dagens sjukdomsbild är inte längre inriktat endast på det patologiska hos en människa, utan sjukdom ses som mångfasetterad, där man ser till hela systemet istället för enbart ”sjuka delar”, som har en mängd olika orsaker eller utseende (Dilani 2001).

Miljöpsykologi, eller studerandet av människans beteende och välbefinnande i relation till den sociofysiska omgivningen, innefattar bland annat tekniska, hygieniska och psykologiska perspektiv. Forskning om vad den fysiska miljön betyder för människan utgår bland annat från den fenomenologiska, där man studerar de personliga, privata aspekterna av betydelse i enskilda individers relation till den omgivande miljön. Denna är viktig eftersom den tar upp den enskilda individens subjektiva upplevelse av sig själv och dennes förhållningssätt till omgivningen (Tydén 1993).

Världshälsoorganisationens definition av god vårdkvalitet är att vården ska ges av professionell personal i en miljö, där patienten känner lugn och säkerhet. Forskning visar på att människor behöver kontroll över sin fysiska miljö. Känsla av kontroll är en viktig faktor som påverkar stressnivåer och hälsotillstånd. Förutom det stressreducerande kännetecknet för kvalitetsmässigt god fysisk miljö, påverkas även många andra aspekter av en människas psykologiska och sociala välbefinnande. De grundläggande kraven för utformning av vårdmiljöer är att den fysiska miljön ska vara en del av tillfrisknandet och främja hälsoreultat (Dilani 2001). I sjukvården ägnar man sig bland annat åt den enskilda patientens inneboende värdighet. En värdesyn som sätter patienten i centrum för verksamheten ställer i nästa led krav på organisation och genomförande av vården. Hur detta fungerar beror mycket på hur hög kvaliteten är inom vården (Jahren-Kristoffersen, kap. 7 1998).

En intervjustudie gjordes 1993 av Wilde, Starrin, Larsson och Larsson (Jahren-Kristoffersen, kap. 7 1998), där patienternas uppfattningar om kvalitet i vården kartlades. Det framgår att patienternas uppfattningar om vad som utgör kvalitet i vården bygger på deras möte med en existerande vårdstruktur och deras normsystem, förväntningar och erfarenheter. Exempel på fysisk-tekniska förutsättningar som framkom, är att det ska finnas tillgång till nödvändig medicinsk-teknisk utrustning, att det ska vara rent, snyggt och komfortabelt i den fysiska miljön samt att den ska vara säker. Exempel på indikatorer inom dimensionen socio-kulturell atmosfär är att vårdmiljön har hemmets snarare än en rutinstyrd institutions prägel, liksom att man har möjlighet till social samvaro eller också avskildhet när man längtar efter

detta. Denna modell har legat till grund för utvecklingen av ett frågeformulär –Kvalitet Ur Patientens Perspektiv (KUPP) –vilket använts i ett stort antal forskningsprojekt såväl i Sverige som internationellt.

I Hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf, anger man att det som karaktäriserar god vård är respekten för patientens integritet och autonomi, samt att patienten kan uppleva trygghet i vård och behandling. Patienten ses som en individ med kapacitet och förmåga att ta ansvar och vara delaktig i den vård och behandling som rör henne (Wilow 1999). Enligt Dilani (2001) är det med detta synsätt, som den fysiska vårdmiljön ska vara passande och lämplig. Mer forskning behövs för att absolut identifiera den påverkan som den fysiska vårdmiljön har på hälsoresultat. Detta för att även upptäcka vilka fysiska villkor som behövs för att befrämja hälsa och inte enbart under tillfrisknandet.

VÄLBEFINNANDE

Välbefinnandet är ett begrepp byggt på subjektiva upplevelser av hälsa. Flera forskare och teoretiker föredrar begreppet välbefinnande framför hälsa (Jahren-Kristoffersen 1998, kap.6). Livskvalitet innefattas av hur den enskilde upplever sin situation och är avgörande för bedömningen av sin hälsa. Att fungera väl och ha trivsel är väsentliga kännetecken på god hälsa, möjligen viktigare än frånvaro av sjukdomstecken, som är objektiva (Jahren-Kristoffersen 1998, kap.1).

Den allmängiltiga definitionen av hälsa är att det utgörs av ett tillstånd av totalt fysiskt, psykologiskt och socialt välbefinnande, som i hög grad beror på vår livsstil. Hälsa kan inte enbart förklaras med frånvaro av sjukdom, utan är ett tillstånd av balans mellan det friska och det sjuka. Genom att förstå villkoren för utvecklandet av hälsa och inneha ett salutogeniskt perspektiv kan vårdmiljöer designas för att skapa välbefinnande. Faktorer som bidrar till välbefinnande skulle kunna definieras tydligt i utformningar av vårdmiljöer för att bli en integrerad del av den terapeutiska processen (Dilani 2001).

En fysisk vårdmiljö som människor upplever sig vara till belåtenhet skapar balans i tillvaron och stärker den fysiska hälsan och det psykiska välbefinnandet (Wikström 1997). Vårdtagaren stimuleras och får möjlighet att nyttja sina inre resurser och få sina behov tillfredsställda. Exempel på detta är musik som har en unik förmåga att aktivera långtidsminnet, till exempel hos dementa människor (Tydén 1993). Jenner (2000) menar att man genom utformning av

rum, tid, mänskliga relationer och atmosfär inom en vårdenhet kan erbjuda möjligheter för individer att finna självkänsla och kraft.

Denna fysiska vårdmiljö består av olika beståndsdelar som samverkar bland annat rummets design, rymd, yta, ljus, ljud, dekor och färg (Fridell 1998). Element som till exempel musik och konst är även de viktiga för en välgörande fysisk omgivning (Tydén 1993). Trädgårdar och övrig möjlighet att utnyttja naturen har dessutom börjat medräknas och visats ha betydelse för att uppnå välbefinnande (Cooper Marcus 2001).

OLIKA VÅRDMILJÖER

Fridell (1991) beskriver den fysiska sjukhusmiljön som något som kan hindra och försvåra eller möjliggöra och underlätta vården och dess syfte. Hon frågar sig vad det är i den fysiska miljön som påverkar patienter och personal och menar att det är ringa känt hur denna påverkan sker. Frågeställningarna berörs sällan vid utformning av vårdlokaler. Det är andra tekniskt funktionella aspekter som avgör. Enligt Fridell behöver dagens regelverk och praxis kompletteras och duger inte som grund för att utveckla morgondagens vård- och arbetsmiljöer. Det krävs mer än säker arbetsmiljö, tillräckliga ytor, god utrustning och tekniska hjälpmedel, nämligen medveten planering av miljöns uttryck, egenskaper och användbarhet. Vårdens mål och metoder bör kopplas samman med den fysiska miljöns innehåll och utformning, samt ska upplevelser av vårdsituationer och vårdarbete beaktas.

En viktig del i den fysiska vårdmiljön är vårdpersonalens förmåga till att stödja patientens egenkrafter och mobilisera denne. Det är här avgörande att kunna vara lyhörd och samspela med patienten. Den fysiska miljön och dess innehåll och utformning är en oerhört betydelsefull resurs för personalen. Hur stimulerar exempelvis miljön runt måltiderna de patienter som har svårigheter att äta? Dukning, belysning, akustik, utsikt genom fönstret är några av de faktorer som spelar stor roll. Den fysiska miljön påverkar patientens upplevelse av att ha ett värde (Fridell 1991).

Det är viktigt att skapa innemiljöer, som människor upplever som bra. En bra och mänsklig arkitektur är viktig i sammanhanget, städning, dagsljus och frisk luft likaså. Att utföra detta kräver yrkeskunnande och erfarenhet hos beställare, arkitekter, konsulter, inredare, entreprenörer och fastighetsförvaltare. Den upplevda innemiljön beror på många faktorer och

kunskapen om hur människan påverkas i sin innemiljö är fortfarande ofullständig, varför ytterligare forskning är nödvändig (Kellner & Stålbom 2001).

HISTORIK

För 2 500 år sedan under ett träd omgivet av fontäner, konst, musik och poesi, lärde Hippocrates ut till sina studenter vikten av att behandla patienterna genom fokusering på kroppen, sinnet och miljön (Schwade & Rao 1994). I många århundraden var naturen, solljus och frisk luft essentiella delar av människors tillfrisknande, vilket sträcker sig från medeltidens klostershukhus, till 1800-talets paviljongkonstruerade sjukhus, till tidigt 1900-tal med dess fristad och sanatorium. De nya sjukhus som byggdes under 1800-talet var fristående enheter med god ventilation och där patienterna hade nära till trädgårdar. Under tidigt 1900-tal ingick det i arbetsuppgifterna att hjälpa patienter som satt i rullstol att komma ut på verandor eller tak för att få frisk luft. (Dilani 2001). Från och med mitten av 1900-talet hade emellertid tillgängligheten till naturen och det läkande värdet av trädgårdar försvunnit i förmån för den medicinska miljön i många västländer (Cooper Marcus 2001). Under 1900-talet begränsades hälso- och sjukvårdens utformning till funktionalitet och fokus sattes på praktisk planering och maximal effektivitet. I Sverige var planering och byggande av sjukhus som mest intensiv under 1960- och 70-talen, då synen på vården var kraftigt patologisk. Man svarade upp mot behovet av billigare och mer rationaliserad hälsovård genom att bygga fler sjukhus med ökat antal sängplatser till en så låg kostnad som möjligt (Dilani 2001).

NUTIDENS ARKITEKTUR

Under 1990-talet började arkitekter och designers inom hälso- och sjukvården att leda vägen mot att ta till vara på kunskapsbaserad design. Nu fick naturen komma in i sjukvården igen, i och med den patientcentrerade vården, som sjukhusadministratörer och designers fick upp ögonen för (Cooper Marcus 2001).

Ulrich (2001) menar att diverse hälsotrender finns och kan skönjas, nämligen:

- stark press på minskning av kostnader och ökning av kvaliteten
- växande antal äldre i samhället

- avancering inom medicinska området; stress och psykosociala faktorer påverkar hälsan
- ökad tillämpning av patientcentrerad eller familjecentrerad vårdfilosofi kräver nya byggnader och organisering
- vetenskaplig forskning som visar på samband mellan bra designad vårdmiljö och förbättrade hälsoresultat.

Det finns en växande medvetenhet, internationellt sätt, av behovet att skapa funktionellt effektiva anläggningar med individcentrerade miljöer, som syftar till att förhöja och initiera hälsoprocesser. Fler och nya multifaktoriella sjukdomar, som exempelvis kroniskt trötthetssyndrom och utbrändhet, kommer att uppstå. Sjukhus och övrig hälsovård måste förändras för att kunna möta dessa nya krav. Ett stort antal sjukhus i Skandinavien kan inte i dag tillgodose dessa behov (Dilani 2001). Enligt Eriksson (2001) kommer behovet av stora sjukhus att försvinna.

En ökning av patientcentrerad vård förutsätter en annorlunda byggnadsstruktur, eftersom den kräver en decentraliserad organisation. En ny modell för vårdmiljöer har utvecklats. Den presenteras i RIT 2000, som är Universitetssjukhuset i Trondheim, Norge. Detta kommer att bli det största sjukhuset i Skandinavien, men kommer att bestå av jämförelsevis små och icke-institutionella byggnader, som integrerats i stadsmiljön. Planeringen av RIT 2000 har banat vägen för nytänkande genom att integrera och utöka de väsentliga hållpunkterna; patientfokuserad vårdfilosofi, design av vårdmiljöer och multikvalificerade vårdteam (Dilani 2001). Centrala arkitektsiska omvårdnadsbegrepp har utvecklats, exempelvis orienterbarhet, kontinuitet, handlingsalternativ, syn- och hörselmiljö, samt trygghet (Fridell 1998).

Den första "International Conference on Health and Design" hölls år 1997 i Trondheim, Norge. Denna succé ledde till en andra konferens "Integrating Design and Care in Hospital Planning for the New Millennium" (DCHP), som gick av stapeln i Stockholm år 2000. Den första konferensen kom att innebära en större tonvikt på interaktionen mellan design inom vården och hälsobefrämjning. Följden av de två konferenserna blev det internationella forumet "International Academy for Design and Health" (IADH), som arbetar för kvalitetsforskning av design inom hälsovården. En tredje sammankomst, "International Conference and Exhibition on Design and Health" kommer att hållas i Montreal, Canada, i juni 2003 (Dilani 2001).

Den danskfödde svensken Erik Asmussen, 1913-1998 byggde Vidar-kliniken i Järna, det antroposofiska hälsocentret, med en by-liknande omgivning. Stor vikt läggs här vid inredning och konstnärlig utformning av olika boendemiljöer (Tydén 1993). Genom generösa fönster strömmar ljus in, stora ytor är inglasade och ger utsikt över naturlandskapet. Man anser att färg, form, natur och doft har terapeutisk verkan (Wikström 1997). Enligt Tydén (1993) är antroposoferna de enda som har en teori om hur människan samspelar med den fysiska miljön, och som också tillämpas bland annat genom behandling av psykisk ohälsa.

ESTETIK

Enligt Rapp (2001) började arbetet att introducera konst i sjukhusmiljön genom att utbildnings- och kyrkoministern skrev en proposition åt 1937 års Riksdag. Senior (2001) hävdar att konst spelar en stor roll i hälsopromotion och hälso- och sjukvård. Organisationen Arts for Health i Manchester, England, har funnits i 12 år med syftet att verka som förmedlare för att förespråka och främja nyttjandet av konst inom hälsovården. De jobbar tillsammans med myndigheter, samt försöker påverka politiker.

Omvårdnad som utformas både utifrån vårdtagarnas behov och från en holistisk människosyn är ändamålet för vårdens estetiska verksamhet. Planeringen och adaptationen av de estetiska handlingarna/aktiviteterna ska utformas efter vad vårdtagaren önskar, dennes bakgrund och kondition. Kontentan är att det måste vara roligt och trevligt i en miljö som av många förknippas med mänskligt lidande, död och tristhet (Wikström 1997). Önneby (1991) skriver om utsmyckningen på Lasarettet i Lund. Det framkommer av hennes artikel att hur konsten hänger kan bero på hur många uttag som sitter i väggen eller om det finns ett hål som ska skymmas. Vilken konst som väljs är dessutom mycket en kostnadsfråga.

På RIT 2000, Norge, anses konst som en nödvändig och naturlig del av vårdmiljön (Fottland 2001). Konst och kultur är både för dem som är friska och speciellt för dem som uppsöker hälso- och sjukvården (Rapp 2001). Estetik är viktig för att på bästa sätt stödja och förstå patienten och dennes uppfattning av hälsa, sjukdom, lidande och död. I sjuksköterskeutbildningen brukar man tala om de fyra grundpelarna etik, estetik, empirisk omvårdnadsvetenskap samt personliga kunskaper i omvårdnad. Det innebär att estetiska kunskaper som i dag har en mindre framträdande plats i vårdutbildningen kommer att medvetande- och synliggöras (Wikström 1997).

Lärare på vårdskolor och vårdhögskolor arbetar aktivt med utveckling av de estetiska uttrycksformerna. Detta ger många fruktbara resultat, men dessvärre saknas inte sällan en återkoppling av den kunskap som utvecklas till utbildningsanstalten och vården och vice versa. I förhållande till vårdens totala kostnader har försvinnande lite medel satsats på utveckling av vårdens estetiska uttrycksformer. Samtidigt visar olika undersökningar att dessa aspekter är avgörande för patientens välbefinnande. Förutom patientens medicin, kost och olika behandlingstider i vårdplaneringen bör man framöver också finna noteringar om olika estetiska aktiviteter, exempelvis teaterbesök, radioteater eller besök på sjukhusbibliotekets utställning (Wikström 1997).

TRÄDGÅRDAR

Sachs (1999) menar att i vår tid har vi fått ett ”uppsving” vad gäller trädgårdars och naturens välgörande effekt, samt nödvändigheter för människors hälsa, speciellt för dem som lider av psykiska sjukdomar. Cooper Marcus och Barnes (1999) hävdar att antalet välgörande trädgårdar ökar, som supplement till tekniska och farmakologiska behandlingar, i och med att den medicinska vetenskapen bekräftar miljöns viktiga betydelse för tillfrisknande och känsla av välbefinnande.

De naturmiljöer, som ger goda effekter och som skapats av designers, har ofta sin grund i vårdtagarnas synpunkter, samt använder sig av aktuell forskning. Många studier har visat på att parker och andra naturinspirerade miljöer ger upphov till minskad stress och ökad känsla av kontroll. I naturmiljöer uppnås distraktioner, som har positiva resultat både fysiologiskt genom sänkt blodtryck och sänkta värden av stresshormoner, samt genom att blockera eller minska oroliga tankar. Utomhusmiljöer inom hälso- och sjukvården kan tillgodose flertalets behov, exempelvis rolig läsning i solen eller motion (Ulrich 1999). Enligt Moore (1999) är trädgårdar särskilt användbara genom att de är skiftande, konstant föränderliga, multisensoriella och levande. Detta stimulerar utvecklingen av sinnet, kroppen och själen.

Stouffer (2001) nämner om trädgården runt ”Methodist Care Center” i Sugarland, Texas, USA, som omger väntrummen för dagkirurgi, diagnostik och akutvård. Patienter kan kliva ut för att njuta av planteringar, ha ett privat samtal eller för att meditera före ett ingrepp. Schwade och Rao (1994) skriver i sin artikel om Mid-Columbia Medical Center in the Dalles, Oregon, där vårdtagare bland mycket annat kan gå från ett familjeaktivitetsrum till ett rum med vattenfall.

KONSEKVENSER AV VÅRDMILJÖN FÖR PATIENTER OCH VÅRDEN

'We shape our buildings, thereafter they shape us.' (Sir Winston Churchill. TIME, Sept 12, 1960), (Gross, Sasson et al. 1998, s.109).

I den inledande studien inom projektet "Den mångdimensionella hälsan" påvisade Eriksson (1992) att synen på hälsa inom vården snarare var endimensionell än mångfasetterad. I och med att hälsobilderna skiljde sig åt mellan vårdpersonalen och vårdtagarna, fick det praktiska och negativa konsekvenser för omvårdnaden.

En sjukhusmiljö kan upplevas som en trygghet för vissa människor; man blir omhändertagen, är i behov av vård och så vidare. För andra kan sjukhuset väcka rädsla och skräck för att vara sjuk. Att byta miljö kan även leda till förvirring (Tydén 1993). Rädsla är egentligen ett primitivt och fundamentalt försvar och fungerar som ett överlevnadsverktyg, även i dagens moderna samhälle (Ottosson 1995). Rädsla är alltid en reaktion på ett hot mot ens existens eller välbefinnande. Rädslan kan också ha ett psykologiskt ursprung, vilket sker exempelvis vid rädsla att tappa kontrollen över situationen. Detta speciellt om situationen är ny, okänd och därmed skrämmande (Öhman 1994). Orsakerna till rädsla/ångest är dels genetiska och dels påverkade av miljöfaktorer. Vissa människor har exempelvis en personlighet som karaktäriseras av ängslan, medan andra anses ha coping-mekanismer som gör att de kan hantera även mycket besvärliga psykosociala situationer (Antonovsky 1999). Trots den stora stress som uppstår vid sjukdom och sjukhusvistelse, har jämförelsevis liten tonvikt lagts på att skapa omgivningar som lugnar vårdtagare, stärker deras coping-resurser eller på andra sätt tillgodoser psykologiska och sociala behov. Stress är ett dokumenterat problem för flertalet vårdtagare (Ulrich 2001).

Sjuksköterskan bör skapa en främjande miljö för utveckling och anpassa vårdtagarens miljö (Jahren-Kristoffersen, kap 7 1998). Enligt Ulrich (2001) finns några generella riktlinjer för att skapa stödjande vårdmiljöer, vilka är:

- att främja kontroll, samt inkludera behov av privatliv
- att främja socialt stöd
- att möjliggöra tillgänglighet till naturen och andra positiva förströelser.

ARKITEKTUR

Det som styr utformningen av vårdmiljöer är styrdokument som finns i bygglagstiftning och i landstingens praxis för hur vårdmiljöer ”ska vara”. Kvalitetskraven är vanligen tekniskt definierade i form av antal kvadratmeter, luftomsättningar, lux, decibel och så vidare. Varje beståndsdel av miljön är reglerad och värderad för sig. Men ingenting sägs om helheten, hur olika förhållanden samverkar. Hur upplevs till exempel lokalerna inom en klinik eller mottagning och hur samspelar dessa med varandra, eller hur fungerar de som en helhet och hur påverkar de den verksamhet man bedriver. De säger ingenting om miljöns kvalitet (Fridell 1991). *"medical care cannot be separated from the buildings in which it is delivered. The quality of space in such buildings affects the outcome of medical care"* (Horsburgh 1995, s.735-740), (Gross, Sasson et al. 1998, s.114).

Traditionella avdelningar där personalens expedition befinner sig långt från patienternas rum kommer att försvinna. På moderna avdelningar kommer en centralt belägen ”arbetsstation” att finnas, så kallade ”cluster”, som är lätt att nå och där personalen är tillgänglig. Därifrån kan personalen övervaka och träffa patienter på korta avstånd. Cluster kan lätt samordnas och är flexibla, vilket möjliggör anpassning efter vårdtagarens vårdbehov. Kommunikation och kontakt mellan personal och vårdtagare underlättas på detta sätt, och stämning av säkerhet hos vårdtagare skapas. I en säker omgivning känner sig patienten stimulerad att använda sin mentala styrka för att bli frisk (Dilani 2001). Arkitekturen kan, om den utformas på rätt sätt, vara en hjälp ur social isolering. Den kan även befrämja personlig utveckling och skapa självkänsla och social förändring (Wikström 1997). Saker som tillräckligt antal patienttoaletter, god ventilation och avgränsning i dagrum så att vissa patienter inte blir störda av TV: n är bara en bråkdel av de förbättringar som kan göras för sjukhusmiljön (Dilani 1998). *"Another architectural change that reportedly might bring clinical benefits is structural division of the ward into smaller units"* (Gross, Sasson et al. 1998, s.111), (Wilson, Soth, et al. 1983, s.15-24). Viktigt är även att det finns rymliga patientrum och tre-patientrum där sängarna är vinklade mot varandra och därmed ger patienten en liten egen vrå. Detta gör dessutom att överskådligheten över patienterna förbättras, vilket ger patienterna en trygghet (Dilani 1998).

Enligt iakttagelser av Fridell (1991) kan synmiljön och trivsamtalen förbättras i en vårdmiljö genom att ljusfördelningen i rummet ändras. Dåligt utformad belysning gör att dagrummet känns föga lockande och används mindre och blir därmed en dyr lokal. Många faktorer kan bidra till otrivsamtalen i ett rum, till exempel drag från ett fönster eller från en

ventil. Bullrande fläktar eller eko från röster och steg i korridoren försvårar samtal och medverkar till ett minskat välbefinnande.

Arkitekten Richard Mazuch har i sina studier visat på samband mellan olika miljöer och de fysiologiska påverkningar som uppstår, bland annat vad gäller sårhäkning, immunsystemet och minskning av rädsla. Mazuch står en del i motsats till en annan känd arkitekt, R. Ulrich. Ulrich förespråkar konst i form av tvådimensionell karaktär, medan Mazuch framhåller en form av tredimensionellt synsätt; exempelvis genom idén att låta ljud av fåglar och bin genomsyra delar av sjukhus (Parker 2000).

ESTETIK

Estetiken bidrar med glädje och stimulans för vårdtagare genom de berikade upplevelserna i vårdmiljön. Estetik i form av en hemtrevlig miljö kan fungera som en länk mellan sjukhuset och hemmet, och vara något som känns igen när man under en längre tid blir tvungen att vistas i en sjukhusmiljö. Det har visat sig att äldre personer som får stanna kvar i sin invanda miljö i eget boende rapporterar bättre hälsa än de som bor i någon form av serviceboende. En estetisk omvårdnadssyn kan medverka till att omforma livsmiljöer så att hälsa främjas och vårdtagaren stimuleras och får möjlighet att nyttja sina inre resurser och få sina behov tillfredsställda. Tavlor som exempelvis anknyter till naturen kan förmedla harmoni och jämvikt. Att det till exempel hänger en väggdekoration på väggen kan ge patienten associationer till upplevelser tidigare i livet och kan väcka minnen till liv. En omvandling av miljön kan bidra till att ändra en vårdtagares inställning till vården, exempelvis en vårdtagare som är rädd eller ängslig (Wikström 1997).

Så kallad estetisk kunskap kan utvecklas genom musik, film, konst med mera, och föder en större förståelse och lyhördhet för vårdtagare. Att lära sig ett estetiskt förhållningssätt ger en förstärkning av den intuitiva förmågan. Många upplevelser och känslor låter sig inte fångas av ord. Det ger även en ökad medvetenhet om människans subjektiva upplevelser, om det unika i varje vårdsituations individuella vårdhandlingar. Genom musik, poesi eller konstbilder kan sinnena fungera som informationsorgan (Wikström 1997).

Maslow anser även han att människors estetiska behov måste bestämmas utifrån varje enskild individs preferenser. Dessutom kan det estetiska behovet variera hos individen beroende av dennes hälsa eller illabefinnande. Inte heller är estetiska preferenser detsamma

från barn och ungdomsåren till mogen ålder. I botten på Maslows behovstrappa finns de fysiologiska behoven. Här gäller det att man dukar upp måltiden aptitretande och vackert. Andra steget på trappan utgörs av behovet materiell och känslomässig trygghet. När man är sjuk ökar behovet av trygghet och för att skapa denna trygghet kring patienten kan man uppmuntra denne att ta med sig något från hemmiljön. Det tredje steget som är behovet av social och mänsklig gemenskap och tillgivenhet, skapas av medmänskliga kontakter. Det gemensamma ämnet kan bestå av någon av de estetiska uttrycksformerna: ett musikverk, ett skönlitterärt verk eller bildkonstverk. Vår identitet skapas enligt Maslow genom återspeglning av människor i vår omgivning. Det fjärde steget är behovet av uppskattning och människovärde. Att känna sig betydelsefull genom att få sina estetiska behov tillfredsställda. Det femte steget som utgörs av självförverkligande är också det behov där de individuella skillnaderna är som störst (Wikström 1997).

Musik

En av de viktigaste faktorer för att uppnå välbefinnande är musik, som har många användningsområden, exempelvis inom operationer, röntgen och i väntrum (Dilani 2001). Hörseln är det sista sinnet som lämnar oss brukar det sägas. Musik har en unik förmåga att aktivera långtidsminnet, till exempel hos dementa människor. Den kan förflytta en dement tillbaka till ett helt annat tidsmedvetande, som gör att han eller hon plötsligt börjar sjunga den rätta texten eller dansa den rätta dansen, men för övrigt ha stora svårigheter med begrepp och orientering. Musikavdelningar kan finnas på behandlingshem och avdelningar. Att dela musik tillsammans med andra kan skapa en stark känsla av gemenskap på en icke-verbal nivå. Den kan som en komponent i den fysiska miljön fungera som ett oerhört bra kommunikationsmedel (Tydén 1993).

Som sällskap har musiken en viktig funktion, det finns någon i rummet när vi inte står ut med ensamheten. Man kan stänga ute avdelningen och för en stund glömma att man är sjuk och har ont (Tydén 1993). Musik har även visat sig ha en lugnande verkan på patienter. Blodtryck och puls sjunker och stressreaktioner dämpas. Även smärtröskeln ökar då patienten får lyssna på musik (Wikström 1997). Allen och Blascovich (1994) menar att musik på ett positivt sätt påverkar patientens välmående både under och efter operationen. Steelman (1991) anser att långsam musik med färre takter per minut lugnar patienten, medan snabbare och mindre lugn musik ("exciting" music) ökar ångslan hos patienten.

I en reviewartikel utförd av Biley (2000) står det att det inte är enbart de fysiologiska effekterna som förbättras genom att lyssna på klassisk eller avslappnande musik, vilket studier har visat på inom hjärtmedicinsk, intensiv och operativ verksamhet, utan även att vårdtagares sinnesstämning ändrades betydligt mot ett mer önskvärt tillstånd av välbefinnande (Updike 1990, s. 43), (Biley 2000, s. 670). *"Listening to music has been an intervention often reported in the nursing literature as affecting both clinical conditions and psychological well-being"* (Cleary, Epstein et al. 1991, s.939-49), (Tansik & Routhieaux 1999, s.69).

I en läkande miljö måste även tystnadens positiva verkan beaktas. Att få vakna efter en god natts sömn ökar välbefinnandet. Något att tänka på är att en patient som hela sitt liv levt i staden med dess brusande liv kan uppleva stress om omgivningen är alltför stillsam (Wikström 1997).

FÄRGER

Man vet att om psykets plågor lindras så kommer automatiskt en mängd kroppsliga krämpor att försvinna. Färg används som stödmedium inom bland annat lek-, bild- och konstterapi. Det finns dessutom något som heter färgterapi och används av psykologer. Färgen har även rent biologiska och medicinska egenskaper, exempelvis har enfärgat ljus uttalade effekter på hudens elektriska motstånd, på hjärta och lungverksamhet, på muskeltonus med mera (Ryberg 1991). Forskning har visat att varma, dämpade färger kan reducera stress, medan djärva färger kan öka stressen om de appliceras olämpligt. Tillräckligt med solljus och naturliga träfärger och balans mellan ljusa färger skapar en varm, stimulerande och helande miljö (Stouffer 2001). Även Dilani (2001) delar denna uppfattning och menar att omgivningarna med harmoniska och glada färger kan minska stress. Enligt Ryberg (1991) har färger speciell innebörd, exempelvis grönt som förmedlar trygghet. Blått lugnar och dämpar. Blodtryck, puls och adrenalinproduktion sjunker, vilket också innebär sederande eller rogivande effekter. Rött är en värmande färg, som sporrar till entusiasm och aktivitet, men kan även framkalla oro. Rött ökar muskelspänningen och höjer pulsen.

På lasarettet i Lund märktes på en röntgenavdelning en betydande förändring av de väntande patienternas humör. Tidigare när väggarna var målade i en trist gråton gnällde patienterna när de fick vänta länge. Denna otålighet spred sig vidare på avdelningen och skapade dålig

stämning. När väggarna målades om i glada pastellfärger försvann denna smittsamma gnällighet och gav gladare patienter och personal (Önneby 1991).

MILJÖPSYKOLOGI

Enligt Tydén (1993) är den auditiva miljön och stimulerande miljöer, områden som diskuteras inom miljöpsykologin. Även ljusets, färgers och texturers inverkan på människor är intresseområden. I arbetet med svårt sjuka patienter kan den fysiska miljön utgöra en kontinuitet, där mänskliga objekt saknats. En god och omtänksam fysisk miljö på en vårdavdelning kan vid begränsade tillfällen ”vikariera som gott objekt” i svackor i personalens förmåga till positivt vårdklimat. Det vill säga utgöra trygghet temporärt, i brist på annat. En grundläggande egenskap hos en god vårdmiljö är att den ska utveckla och stärka patientens identitet. Den fysiska miljön ska kännas välkomnande, lugnande och respektfull. Skönt kan vara att slippa möta den grågröna tristessen eller tråkiga färger och att vistas i en miljö fylld av hemtrivsel. Genom att korta av de där långa korridorerna med sittgrupper, lampetter, avbalkningar med mera minskar korridorskänslan och gör det lättare att orientera sig. Personligt utformade patientrum bör finnas med sängmatta, överkast och lite gamla möbler blandat med moderna. Otillräcklig tillgång till dagsljus och dålig belysning kan ge upphov till både hormonrubbnings och psykiska besvär. Även ljudisolering är viktigt för välbefinnandet. Samtal ska kunna vara alldeles förtroliga och ljud från oroliga vårdtagare minimeras för att inte sprida ytterligare oro och sömnlöshet hos andra. Entrén eller hallen på en institution och väntrummet är speciellt viktigt. Den ska vara rymlig, ljus och inte vara målade i starka färger. Små saker som hängare, torkmatta för skorna, tydliga skyltar, en spegel, blommor, bokhyllor med tidningar, klädsel på stolarna och dekorationer är väsentliga. Även naturen har stor betydelse för vårdtagarens välbefinnande.

MILJÖTERAPI

Jenner (2000) skriver om miljöterapi, vilken används främst inom psykiatrin. Den kan definieras som utformning av rum, tid, mänskliga relationer och atmosfär inom en vårdenhet, så att den erbjuder möjligheter för individer att finna självkänsla och kraft. Bergnéhr (2000) påpekar att man försöker omvandla institutioner från att vara anstalter för isolering, förvaring och passiv omvårdnad till aktiva terapeutiska samlivssituationer. Att genomtänkt tillrättalägga miljöns psykologiska, sociala och materiella/fysiska betingelser i förhållande till individens

och gruppens situation och behov. Miljön ska fungera som ett kraftfält, där patienten får stöd till att hjälpa sig själv att läka. Väsentligheten av att tänka efter innan man möblerar påpekas. Att man uppmärksammar patienternas personliga stil och anpassar miljön efter denna. Även den hemtrevliga inredningens betydelse diskuteras. Vikten av en levande miljö som ombonas med äkthet och känsla kan inte nog betonas. Patienten känner härigenom att de är värda att ha det fint omkring sig, och ser hur vårdmiljön utformas med omsorg för allas trevnad. Han eller hon kan se hur man sätter upp och inhandlar tavlor, köper möbler, porslin och prydnadsföremål, pyntar till jul och påsk, planterar och sköter om de många blommorna. Våldsamma patienter med vanligt förekommande vredesutbrott känner tacksamhet och ödmjukhet inför detta och därmed slår de inte sönder något. *“even simple redecoration of the psychiatric ward, such as changes in furniture style, floor covering, and colour scheme, could have a favourable impact on staff members' and patients' perception of the psychosocial milieu”* (Gross, Sasson et al. 1998, s.111), (Corey, Wallace et al. 1984, s.10-16).

Corey, Wallace, Harris och Casey (1984) anser att en god fysisk miljö inom psykiatri är något som är viktigt. Det kan ha en inverkan på behandlingsförloppet och dess resultat (Gross, Sasson et al. 1998). Det har från studier rapporterats om kliniska önskvärda beteendevetenskapliga förändringar och till och med minskad psykopatologi (Whitehead, Polsky et al. 1984), (Gross, Sasson et al. 1998). I en liknande studie fann man att våldsamma beteenden och attityder hos patienterna minskade. Moralen hos patienter förbättrades. Det uppstod även en märkbart förbättrad kontakt mellan patienten och personalen, vilket ytterligare bidrog till ett snabbare tillfrisknande (Christenfeld, Wagner et al. 1989), (Gross, Sasson et al. 1998).

I en FoU-rapport från 1990 studerade man hur vandringsbeteende hos dementa patienter ändrades i samband med förändrad vårdmiljö. Avdelningsdörren mot en korridor, gemensam för tre avdelningar, var helt glasad. Patienterna kunde inte öppna dörren själv utan hjälp. Ett återkommande problem var att de vandrande patienterna samlades vid dörren och försökte komma ut. Patienterna blev besvikna och lurade när de inte fick gå ut som alla andra som passerade exempelvis personal och besökande. Den genomskinliga dörren utgjorde en lockelse och ett orosmoment. Man försökte då dölja dörren med ett tygdraperi. Antalet patientaktiviteter vid dörren visades ha minskat dessutom minskade vandringen mellan avdelningens båda sidor och fler besökte avdelningens dagrum (Enqvist & Johansson 1990).

TEORETISK REFERENSRAM

”Verkan på en sjuk av vackra föremål, omväxlande miljö och färgskönhet erkänns sällan... Folk säger att en dylik verkan blott har med själen att göra. Detta är alldeles felaktigt, ty även kroppen påverkas. Hur litet vi än vet om formers, färgers och ljusdagrars inverkan på oss, så vet vi dock att de har en påtaglig verkan på kroppen.”

Florence Nightingale (Fridell 1991)

För att få en teoretisk referensram till vårt arbete har vi valt att utgå från Florence Nightingales omvårdnadsteori. Hon intresserade sig speciellt för den fysiska miljön kring den sjuke. Hon påpekade att det finns ett intimt samspel mellan människan och miljön. Alla yttre betingelser och impulser inverkar på organismens liv och utveckling. Miljön kan påverka människans hälsa i positiv riktning i form av läkande och rehabiliterande förlopp, under förutsättning att förhållandena tillrättaläggs på sådant sätt att naturen får möjlighet att verka utan motstånd. Hennes uppfattning var att först när en godtagbar fysisk miljö uppnåtts, kan man rikta uppmärksamheten mot patientens psykosociala behov (Jahren-Kristoffersen kap.6 1998). Betydelsefullt enligt Nightingale var ren miljö och skapande av en terapeutisk miljö för patienten, att vårda patienten med empati och hjälpa denne att återfå sitt oberoende. För henne var patientens omgivning central, en nyckelfaktor för att förhindra sjukdom och återfå hälsan (Wikström 1997).

Jahren-Kristoffersen (kap.6 1998) skriver vidare att Nightingale hävdade att människan påverkas av sin miljö, och att denna miljöpåverkan kan vara av positiv eller negativ art. Hon intresserade sig framför allt för den negativa verkan. Att tillgodose adekvat ljus, värme, frisk luft, hygien, näring och att värmehålla patienten är fysiska förhållanden hon betonade. En miljö fri från buller och dålig lukt var även hennes måtto. Nightingale författade ett eget förslag till avdelningsmiljö, med bland annat stora fönster. Av de miljöfaktorer som i hennes omvårdnadsteori understryks som essentiella, framgår att människan har vissa grundläggande behov. Skydd mot faror och upplevelse av välbefinnande var exempel på grundläggande mänskliga behov. Hon pekade även på faktorer som kan medföra påfrestningar och stress för patienten.

En psykosocialt bristfällig miljö får negativa konsekvenser i form av monotoni och leda, varför Nightingale även betonar behovet av stimulans och variation. Att se samma väggar och

tak och samma omgivning under en lång sjukhusvistelse kan skada den sjukes nerver och resultera i depression och förlänga sjukhusvistelsen (Wikström 1997). Bland annat kan musik, konst och skönlitteratur vara av betydelse och att patienten aktiverar sig genom att gå på olika evenemang och tillställningar som ordnas. Musik och högläsning avledde, enligt Nightingale, patientens uppmärksamhet (Jahren-Kristoffersen, kap.6 1998).

Nightingale definierade hälsa som ”att inte bara vara frisk, utan också kunna utnyttja alla de förmågor vi besitter” (Jahren-Kristoffersen, kap.6 1998, s.351). Hon hade en övertygelse att människan var utrustad med inneboende positiva resurser och läkande krafter. Hälsa går ut på att aktivt utnyttja egna resurser på ett meningsfullt sätt. Sjuksköterskans ansvar är att påverka och anpassa miljön så att det skapas optimala förhållanden för patientens reparationsprocess. Det är även väsentligt att sjuksköterskan hjälper och stödjer patienten i dess utsatta situation och försöker skapa en miljö anpassad efter dennes särskilda behov. Något som hon framhöll är att det är patienten som ska vårdas, inte sjukdomen (Jahren-Kristoffersen, kap.6 1998).

En lugn och ostörd sömn var enligt Nightingale av betydelse. Naturen och ljus var en annan mycket viktig faktor, och med ljus avsåg Nightingale bland annat solljus. Sängen ska därför placeras så att patienten har möjlighet att titta ut genom fönstret och se himlen, naturen och solen (Jahren-Kristoffersen, kap.6 1998). Från sjukhusbädden bör patienten kunna betrakta objekt som tilltalar honom eller henne. En patient som inte får möjlighet till att se ut genom ett fönster genomgår sannolikt onödigt lidande. Därför förespråkade hon stora fönster i vårdmiljöer. Bra är även ta in naturen i patientsalen i form av till exempel blommor. Den effekt man ser visar sig således inte enbart i själen utan också i kroppen. Variation av färg och form hos de objekt som finns i patientens miljö är även de avgörande för att vårdtagaren ska tillfriskna (Wikström 1997).

SYFTE

Syftet var att belysa den fysiska vårdmiljöns betydelse för vårdtagarens välbefinnande.

FRÅGESTÄLLNING

Hur belyser litteraturen vårdtagarens upplevelse av den fysiska vårdmiljöns betydelse för välbefinnandet?

METOD

Det diskuterats för lite om den fysiska miljön inom vården och detta viktiga område har ofta glömts bort och förkastats. Alltså var tanken att se om det fanns studier inom området och sammanställa detta systematiskt.

GENOMFÖRANDE OCH URVAL

Grundligt avgränsade frågeställningar och problemformulering medför att examensarbetet underlättas betydligt och är central i varje form av forskningsprocess (Dahlberg 1997). Även Polit och Hungler (1997) anser att det ämne som man valt för ett arbete bör begränsas. Problemområdet ska vara smalt och man ska även identifiera de frågeställningar som är relevanta till ämnesvalet.

Artikel- och litteratursökning gjordes på biblioteket, Campus Gräsvik, BTH. Insamlingen av material skedde i form av artiklar om det aktuella ämnesområdet, vilket påbörjades redan under termin fem. Det valda ämnesområdet antogs vara svårt för att finna vetenskapligt material om, därigenom den tidsmässiga förbehållningen. Artiklar söktes via referensdatabaserna Cinahl, Pubmed, BYGGDOK, biblioteksdatasystemet Libris samt

ADAM, som är en samling av konst- och arkitekturlänkar. Vidare fortsatte sökning i fulltextdatabaserna Academic Search Elite, Emerald, Springer Link, IDEAL, Kluwer och ScienceDirect. Sökord som används både separat och tillsammans inom samtliga databaser är: health facility, environment, architecture, buildings, design, art, surroundings, ward, music, garden, välbefinnande/well-being, hospital, health, noise, light. Vid kombinationer av ord har ”AND” använts utan kommatecken mellan orden.

Inklusionskriterier fastställdes till att;

- artiklarna skulle behandla ett brett spektra av den fysiska vårdmiljön, exempelvis ljus, ljud, naturen, men faktorer som temperatur och lukter valdes bort för att begränsa arbetet.
- den fysiska vårdmiljön skulle visas påverka vårdtagarens välbefinnande.
- artiklarna skulle visa på tydliga fysiologiska och psykologiska effekter av den fysiska vårdmiljön hos vårdtagarna.
- artiklarna ska vara skrivna på svenska eller engelska.

Att en artikel är vetenskapligt granskad innebär att en redaktionskommitté bestående av de internationellt sett mest framstående forskarna inom området granskat artikel (Backman 1998). Polit och Hungler (1997) skriver att man bör använda sig av undersökningar som publicerats i vetenskapliga tidskrifter, eftersom de oftast är lättillgängliga. Författarna menar att Cinahl den databas som är väsentligast för sjuksköterskor att använda, grundat på den omvårdnadsinriktning den har, och inte enbart fokus på medicin. Men detta har tyvärr dock inte givit önskvärt resultat.

Polit, Beck och Hungler (2001) påpekar att en litteraturgranskning ska bestå av artiklar från förstahandskällor. I detta arbete ansågs artiklar som innehöll patientbeskrivningar och information från patienter extra värdefulla.

Sökningarna skedde systematiskt för att något inte skulle glömmas bort eller förbises. Många av träffarna innefattade artiklar som inte höll för inklusionskriterierna, var inte vetenskapliga artiklar, var litteraturstudier, kostade pengar att beställa eller inte fanns i fulltext. Sökning skedde även via relaterade artiklar som markerades som länkar. Grundliga genomgångar av ett oerhört antal artikelsammanfattningar har gjorts för att finna adekvata

forskningsresultat. The International Academy for Health and Design (IADH): s hemsida www.designandhealth.com besöktes, men har varit ur funktion under hela arbetets gång. Kontakt togs med A. Dilani, styrelsemedlem i IADH, via e-post, för att få hjälp med artikelsökning. Dilani hänvisade till referenserna i sin bok "Design and Health, The Therapeutic Benefits of Design".

Resultat av sökningarna kunde hittas inom följande;

Academic Search Elite: art AND hospital AND design; 28 träffar, 1 relevant.

ward AND environment; 142 träffar, 1 relevant.

noise AND hospital; 32 träffar, 1 relevant.

Emerald: hospital AND environment; 27 träffar, 1 relevant.

IDEAL: health facility AND environment; 153 träffar, 1 relevant.

hospital AND architecture AND design; 53 träffar, 1 relevant, men fanns redan med.

PubMed: health facility AND environment AND well-being AND design; 26 träffar, 1 relevant.

Scirus: hospital AND environment AND design AND architecture; 91 491 träffar,

sökorden gick inte att kombinera till färre antal. Genomgång av de 10 första skedde, vilket gav 1 relevant artikel.

Cinahl: wijk AND colour; 1 träff, som var relevant.

Högskolebiblioteket beställer inte artiklar från exempelvis USA, utan endast från Tyskland och England. Trots hjälp av bibliotekarie hittades inte relevanta artiklar i de två beställningsbara länderna. Detta gavs snart upp eftersom det ansågs alltför invecklat och tidsförbrukande. Genom användning av sökmotorerna Evreka, Scirus och AltaVista har också sökning skett på nämnda sökord och namn på olika forskare, samt MeSH- sökverktyg för översättning av svenska ord till engelska. Sökning har gjorts på författar- och forskar namn som funnits i litteraturen, exempelvis; Ulrich, Dilani, Theorell, Wikström med flera. Sökning har även skett med genomgång av litteraturers referenslistor, där två relevanta artiklar av Petzäll, Berglund och Lundberg (1996, 2001) hittades. Dessa kunde nås via högskolebiblioteket. Vid fynd av artiklar som högskolans bibliotek haft, har manuell genomgång gjorts i den tidskrift där artikeln funnits för att inte missa någon ny artikel. Användning av olika tidskrifters hemsidor eller länkar till dessa har också genomförts för att

söka vetenskapliga artiklar, eftersom det har varit svårt att få fram dessa i fulltext via databaserna. Tidskrifternas hemsidor har länkats från Halmstads högskolebiblioteks hemsida eftersom denna är mer utförlig än BTH: s. Systematiskt arbete har dessförinnan lagts ner på samtliga länkar till tidskrifters hemsidor, vilka påträffas på högskolebibliotekets hemsida. Hemsidorna där resultat erlagts:

www.bjp.rcpsyk.org (sammanställning av olika psykologiska tidskrifter): light; 286 träffar, 1 relevant.

www.ebn.com : music; 6 träffar, 1 relevant.

www.blackwell-synergy.com/servlet/useragent: music; 5 träffar, 1 reviewartikel från vilken 1 relevant artikel hittades på högskolebiblioteket.

Sammantaget hittades 11 relevanta artiklar via databaser och länkar.

DATAANALYS

Syftet med dataanalysen är att beskriva, förstå, tolka data, samt att även sammanställa materialet för att uppnå hanterbarhet och göra arbetet presentabelt för läsarna (Polit & Hungler 1997). Kvantitativ data inkluderar statistiska värden, som uppkommer från exempelvis olika mätmetoder, slutna intervjufrågor med svarsalternativ och observationer. Kvalitativa data fås genom narrativa (berättande) data; öppna intervjufrågor med deltagarnas egna ord, som ett exempel (Polit, Beck, Hungler 2001).

Den första åtgärden var en sammanställning av artiklarnas sammanfattningar för att få en överblick av det inhämtade materialet. Därefter gjordes en innehållsanalys för att lättare åskådliggöra beskrivningarna från patienterna och övriga innehållet i de olika artiklarna. Enligt Polit och Hungler (1999) kan man göra en innehållsanalys för att analysera kvalitativ data. Med en speciell plan för urval som bakomliggande tanke samlar man in information om ett specifikt område. Då ska även specifika frågor till varje undersökt studietext ställas. Polit, Beck och Hungler (2001) pekar på bland andra två innehållsanalyser. I den kvasistatistiska analysen har man från början bestämt vilka övergripande teman som anses adekvata, och därefter analyseras datan. I Van Manen's metod däremot sökes teman i materialet, genom användning av antingen en holistisk metod (ser helheten på texten), selektiv (tar ut de

sammanfattande redogörelserna och fraserna) eller detaljerad analysering (genomgång av varje mening). Eftersom mycket tid gick åt att samla in forskningsartiklar, valdes först den selektiva metoden på basis av trolig effektivitet i analyseringsarbetet och tidsbesparing. Efter hand påträffades ytterligare artiklar, som analyserades efter den kvasistatistiska metoden, eftersom adekvata teman ansågs redan finnas. Teman som valdes redovisas i resultatavsnittet.

Granskning av artiklarna skedde i första hand genom användning av frågeställningen och syftet, vilka fungerade som ett slags verktyg för att kunna sälla ut de artiklar som tycktes vara av störst vikt. Detta hjälpte även till att gallra ut den information i artiklarna som var av störst relevans med hänsyn till kriterierna som sattes. Det kan annars vara lätt att "sväva ut". Denna metod är enligt Polit och Hungler (1999) väl använd för att skriva kvalitativa studier och när man granskar litteratur.

Undersökning av studiernas tillförlitlighet påbörjades tidigt, redan vid innehållsgranskningen. Anledningen till detta var att veta på ett tidigt stadium om urvalet var representativt, samtidigt som mer av arbetstiden istället skulle kunna ägnas åt analysering, och resultat- samt diskussionsdelen. Vi tog i beaktande följande aspekter både vad gäller kvantitativa och kvalitativa studier;

- ▲ trovärdigheten, noggrannheten och meningsfullheten av resultaten. Publicerad i vetenskaplig tidskrift, ordentligt urval, adekvata undersökningsmetoder, redovisning av bias/begränsningar, tolkning av kvantitativa data (deskriptiv statistik), konklusionernas möjliga generalisering, rekommendationer för vidare forskning.
- ▲ resultatens statistiska betydelsefullhet; analys av förhållanden mellan olika variabler eller urvalsgrupper, samt slumpmässighet
- ▲ möjligheten till generalisering av resultaten eller dess potentiella användning i andra sammanhang
- ▲ studiens innebörd gällande praktisk förankring, teori eller forskning (Polit, Beck et al 2001).

Beslut gjordes om att utgå ifrån Florence Nightingales omvårdnadsteori. Valet av teoretiker grundar sig på dennes stora intresse för den fysiska miljön, vilket inte påträffats i andra teorier. Nightingale betonar flertalet av de grundläggande faktorer för välbefinnandet hos

vårdtagaren som detta arbete bygger på. Hennes omvårdnadsteori bygger mycket på hennes böcker *Notes on Hospitals* och *Notes on Nursing* som båda publicerades 1859, men som är lika aktuella än i dag. Nightingale skrev även en rad samhällsvetenskapliga rapporter baserade på egna forskningsprojekt samt en mängd tidningsartiklar, vilka bygger på empiriska studier (Wikström 1997).

Översättning från engelska till svenska genomfördes med viss hjälp av lexikon. Och till största delen har Microsoft Office 1998 använts för att skriva uppsatsen.

RESULTAT

Resultaten av artiklarna redovisas genom indelning i fyra teman. En och samma artikel kan förekomma under flera teman. De översiktliga teman valdes med hänsyn tagen till vissa gemensamma nämnare som upptäcktes vid granskning av artiklarna och en avhandling. För kompletterande fakta om studiernas urval och metodik används bilaga 1.

EFFEKTER AV AUDITIV OCH VISUELL MILJÖ

HÖGA LJUDNIVÅER

Få studier har direkt frågat vårdtagare om deras syn på utformningen av avdelningar eller mätt effekter av designen på vårdtagares välbefinnande. Därför ville Pattison och Robertson (1996) få reda på vårdtagares synpunkter, vilket resulterade i en undersökning mellan två gynekologiska avdelningar; en så kallad Nightingaleavdelning (endast en lång och öppen sal) och en avdelning med olika patientrum. I den omedelbara postoperativa perioden ansåg samtliga vårdtagare på Nightingaleavdelningen att de var under uppsikt, medan endast 84 procent på den andra avdelningen ansåg detta. De följande dagarna efter deras operationer var 78 procent av Nightingalevårdtagarna fortfarande av den uppfattningen att de var klart observerade, medan siffran för den andra avdelningen föll till 59 procent.

Nightingaleavdelningen ansågs vara betydligt mer ljudlig än avdelningen med patientrum, vilket är första gången detta påvisas. Flertalet av studiens deltagare, 75 procent, föredrog avdelningen med patientrummen. Bland de intervjuade betraktades 31 procent som gränsande

till depression. Både vad gällande orolighet och depression var siffrorna högre på Nightingaleavdelningen, där orolighet också hade samband med ljudnivån på avdelningen. Men forskarna ansåg att höga nivåer av orolighet och depression fanns på båda avdelningarna och att det inte fanns något förhållande till avdelningarnas utformning. På onkologavdelningen 4 som Fridell (1998) har studerat beskrivs ljudförhållandena även där som svårhanterliga.

Höga ljudnivåer och buller påverkade även patienter på Universitetssjukhuset i Valencia i Spanien negativt. I denna studie utförd av Bayo, García och García (1995), ville man finna de mest ljudliga områdena på sjukhuset och ljudkällor. Resultatet visade att den största ljudkällan fanns inne på sjukhuset. Ljudnivåerna uppfattades vara tillräckligt höga för att påverka patienternas möjlighet till bekvämlighet och tillfrisknande. De huvudsakliga källorna till oljud var från besökare, personal och sist patienter. Vårdpersonalen gav förslag på förbättringar av ljudnivåerna genom effektivare ljudisolering, utbildning av patienter, besökare och personal i att undvika onödigt oljud, och mindre ljudliga apparater.

ESTETIK

Målningar har betydelsefulla roller som ska förmedla berikanden och fantasigivelse, vilket är en åsikt som Fridell (1998) skapat sig. Hon menar även att detta bäst uppnås om belysning av tavlor och övriga konstföremål görs, vilket även leder till avsevärt förbättrad synmiljö på avdelningen. Fridell (1998) beskriver i sin avhandling om en annorlunda vårdmiljö för onkologvård där man lagt ner mycket arbete på estetiken, och intrycket präglas av en välordnad miljö på hotell eller konferensgård. Vårdpersonalen på den studerade onkologavdelningen var överens om att estetiken var betydelsefull för vårdtagarna, men att det behövdes vissa förändringar. På vetenskaplig grund ändrades ljusförhållandena genom komplettering av belysning, samt avskärmning av bländande ljusrör. Även badrummen genomgick förändringar med bland annat inslag av gröna växter, belysningsreglering med hjälp av dimmer och färgglada skåp, för att vårdtagarna skulle ges möjlighet till njutfulla bad.

”Two-thirds of each population rated the value of the work of Chelsea and Westminster Hospital Arts and the importance of the arts in the healing process very highly. Previous studies have also shown the fundamental importance of integrating architecture, design and arts as contributing factors to stress-reducing and psychological supportive healthcare environments” (Lelchuk Staricoff, Duncan et al. 2001, s. 30).

Musik, underhållning och konst

Den auditiva miljön innebär som tur är inte bara negativt buller och oljud, utan även uppskattad och välgörande musik. Dessutom kan visuella faktorer så som konst fylla en funktion som näring för ögat, kropp och själ. Lelchuk Staricoff, Duncan, Wright, Loppert och Scott (2001) tog i sin artikel upp vikten av konst och levande musik i vården. De redovisade bland annat patienters reaktioner, och resultatet pekade på att många tyckte att konsten fångade deras uppmärksamhet och hjälpte dem att koppla bort bekymmer och medicinska problem. När det gällde frågor om hur de tillfrågade upplevde den levande musiken var summan från urvalsgruppen hög. Både intresse och ökat välbefinnande fanns och de kände även att problem "lades på hyllan" för en stund. Dessa musikuppträdanden uppfördes en gång i veckan och ibland till och med dagligen med allt från klassisk musik till jazz, opera, teater, poesi och högläsning. Resultaten visade att underhållning i form av uppträdande och sång var mer uppskattat än konsten på väggarna. Författarna drog därmed slutsatserna att underhållning skapar föränderlighet, och den distraherar, men även håller uppmärksamheten längre.

Att musik kan distrahera och lugna påvisade även Tansik och Routhieaux (1999). De hävdade att musiken hade lugnande inverkan. Ängslan hos patienter finns i de flesta vårdmiljöer och inte endast i den operativa. Resultatet visade att musiken hade en betydande effekt när det gällde att minska stress och bidra till avslappning när det gällde patienter. Denna metod var till väldigt låg kostnad, men gjorde mycket gott. Tiden som krävdes för att trycka på och av utrustningen var minimal och kunde kanske till och med skötas automatiskt. Det var alltså en mycket enkel och genomförbar metod. En annan god effekt som kom av musiken var att patienterna blev mer positivt inställda till vården. Vårdtagares inställning till vården ändrades, exempelvis för en patient som var rädd eller ängslig. Kvalitet och tillfredsställelse i vården innefattade inte, enligt artikelförfattarna, endast den tekniska hanterbarheten och tillförlitlighet, utan även estetiska faktorer.

I studien genomförd av Allen et al. (2001) beskrivs även här musiken som en stressminskande faktor i samband med operation. Tjugo vårdtagare fick lyssna till självvald musik i hörlurar preoperativt, under operationen, samt postoperativt, medan andra hälften inte fick någon tillgång till detta. Lägre värden av blodtryck och hjärtfrekvens uppvisades bland vårdtagarna som fick lyssna på musik och de upplevde även mindre stress, samt ökning av bemästringsförmågor och ökat välbefinnande. I en kommentar till undersökningen uppgav J. Fernell (2002), att denna studie är viktig trots vissa begränsningar, och ansåg att det

väsentliga är att oron minskas vare sig det är på grund av resultatet av själva musiken, vårdtagarens val av musik som leder till känsla av kontroll eller distraktion av att lyssna.

Ännu en studie har tagit upp musikens betydelse och då inriktat sig på matkonsumtion och de vanliga demenssymtomen. Ragneskog, Bråne, Karlsson och Kihlgren (1996) genomförde en studie på en psykiatrisk avdelning. Den första veckan förekom ingen musik under middagen, vilket kom att vara kontrollperioden. Under de följande två veckorna spelades lugn musik, de två därefter följande veckorna hördes svenska toner från 1920- 30-talen, och de sista två veckorna var det popmusik som flödade. En kontrollperiod på två veckor genomfördes efter studien. Under samtliga dessa tre musikperioder åt vårdtagarna totalt mer än vad de gjort tidigare. Viktiga resultat visade också att vårdtagarna var mindre irriterade, oroliga/ångestfyllda och nedstämda under musikspelandet, speciellt när lugnande toner spelades, vilket man registrerade bland annat genom videoinspelning. Man har utvärderat studien och även funnit att matkonsumtionen ökade när popmusik spelades. De positiva effekterna på de emotionella symtomen höll i sig även efter det sista musiktillfället, under kontrollperioden på två veckor.

FÄRGER

Till det visuella hör också färger. I Lelchuk Staricoff, Duncan, Wright, Loppert och Scott's (2001) studie ansåg de tillfrågade att faktorer som arkitektur, ljus och färger förbättrat deras humör, minskat stress och medfört till en trevlig och behaglig miljö. I en artikel av Wijk och Sivik (1995) beskrivs deras studie, som är utförd på vårdtagare med Alzheimers sjukdom. Av undersökningen framkom att färger i vårdmiljöer hade stor betydelse för hur patienterna kunde orientera sig, kvaliteten på vården ökade i och med detta. Vårdtagarna på äldreboendet gavs på detta sätt en större frihet och trygghet. Upptäckt och identifikation av objekt ökade med färgens inverkan för dessa patienter. Det visade sig att vårdtagarnas känsla för färger var intakt jämfört med kontrollgruppen bestående av icke-dementa vårdtagare. Vad man undersökte var; identifiering av färger, minne av färgernas namn, förmåga att skilja på en rad färger med relativt små färgavvikelser samt vilka färger vårdtagarna föredrog i en rankad skala. Författarna skriver att dementa vårdtagare är mer än andra beroende av färginformation. De nämner dessutom att även när det gäller icke dementa människor är färger och kontraster i miljön guidande om de används på rätt sätt, och förvirrande när de används fel.

FYSISKA MILJÖNS EFFEKTER PÅ MELLANMÄNSKLIGA SAMSPEL

I Israel upprättades år 1991 ett psykiatriskt sjukhus, vilket verkställdes och designades av arkitekter, professionella psykiatriker och administratörer. Dess speciellt utformade miljö har visat sig påverka patienter på ett positivt sätt. Artikelförfattarna beskriver att miljön sänder ut trygghet, bekvämlighet, lugn och avkoppling. Den fysiska miljön förmedlar en uppriktig respekt för patienten och stödjer denne. Allt detta medför ett snabbare tillfrisknande hos patienten (Gross et al 1998).

Åtgärder man vidtog var exempelvis mer avskilda salar och avdelningar, där endast ett litet antal patienter vistades. Detta för att patienten inte ska behöva känna sig trängd och bli tvungen till att beblanda sig med andra patienter, när avskildhet önskas eller vid känsla av hot (Gross et al 1998). Edwards (1998) fann i sin studie att männen föredrog en öppen avdelning där de kunde se praktiskt allt som hände, att de inte hade invändningar mot att blanda manliga och kvinnliga vårdtagare, samt att deras möjlighet till privatliv inte blev lidande. Kvinnorna å andra sidan föredrog avskiljda rum och tyckte inte om att blanda män och kvinnor. I Pattison och Robertsons (1996) studie kom man fram till att på en Nightingaleavdelning med endast en stor sal, fanns ingen tillgång till larmsystem, och detta tillsammans med att patienterna hade en överblick gällande aktiviteten på avdelningen, kan ha hindrat dem från att be om hjälp.

Gross, Sasson, Zarhy och Zohar (1998) beskrev vidare att på sjukhuset hade man stora fönster som oftast var öppna och sjuksköterskeexpeditionen låg öppen och lättillgänglig på avdelningen. Expeditionens närhet till dagrummet gjorde att närvaron med patienterna ökade och kontakten mellan patienter och personal främjades. Tansik och Routhieaux (1999) diskuterade i sin studie möjligheten att patienter genom avslappnande musik blev mer kapabla till kommunikation med vårdpersonal, vilket ökade välbefinnandet och gjorde att vården anpassades efter individuella behov.

Noggrant underhåll skedde dagligen av sjukhusbyggnaden i Israel och reparationer gjordes med snabbhet. Detta noggranna underhåll förhindrade i många fall ytterligare vandalism. Patienterna märkte att människor jobbade för att de skulle trivas genom att skapa denna fina omgivning, och därmed respekterades även denna miljö. Säkerheten i miljön var oerhört hög, med exempelvis för personal god insyn i patienternas rum, god belysning dygnet runt och många nödutgångar. Det ansågs oerhört viktigt för patienternas rehabilitering att de kände att de vistades i en trygg miljö. Författarna drog också slutsatserna att även välgörande relationer kan utvecklas genom att erbjuda en variation av utrymme som stödjer social interaktion.

Dessa utrymmen kunde vara till exempel stora dagrum, en matsal som är ljus och välventilerad och rymliga korridorer med hemtrevliga möbler. Utrymmen, som en altan med en stor angränsande gräsmatta, som omsluter byggnaden skapade frihetskänsla, minskade känslor av hot och gav ökade möjligheter till social gemenskap. Alla dessa möjligheter och tillgång till solljus och frisk luft uppskattades av patienter (Gross, Sasson et al. 1998).

”It is unanimously agreed by all staff members that the physical environment in the psychiatric hospital contributes also to the quality of life and sense of professional dignity of the workers” (Gross, Sasson et al. 1998, s.114).

TEKNISK UTFORMNING

Det finns endast sparsamt med information som tar hänsyn till vårdtagares attityder gällande sjukhussängen och annan utrustning bredvid sängen. På Sahlgrenska Universitetssjukhuset genomförde man av denna anledning en intervjustudie för att få vårdtagares uppfattning och erfarenheter gällande dessa. Genom studien framkom att patienterna var ordentligt missnöjda med sängens bekvämlighet, utrustningen bredvid sängen, samt den fysiska miljön på avdelningen. Den främsta anledningen att stanna kvar i sängen var på grund av trötthet. Yngre vårdtagare (under 66 år) var mer kritiska, vilket stämmer överens, enligt forskarna, med tidigare gjorda studier där yngre vårdbehövande visade sig vara mer missnöjda med den fysiska vårdmiljön. Nästan hälften av deltagarna ansåg att deras sängar var obekväma, och många av de intervjuade gled ner mot fotändan när de höjde huvudändan. Alla vårdtagare, förutom dem som var för svaga för att delta i aktiviteter, ansåg att sjukhusvistelsen gjorde dem mer passiva. Jämfört med män, ville kvinnorna ha en mer hemlik miljö på avdelningen, med gröna växter i fönstrena, tavlor på väggarna och mindre institutionsaktiga textilier. Vårdtagarna påstod att de behövde bättre stöd för ben, armar, rygg och nacke, flera ville ha varmare filter, samt bättre och fler kuddar. Ett vanligt påpekande var att sängen var hård. Sängbordet var svårt att flytta och var tredje ansåg att fätöljen bredvid sängen var för obekvämt att sitta i. Larmknappen var dock lätt att nå, enligt majoriteten. Svårigheter fanns att ändra sänglampans position, och radioljudet var dåligt. Fyra femtedelar var nöjda med draperierna mellan sängarna, men var femte deltagare ville ha effektivare arrangemang för att utestänga ljud, ljus och lukt. Ungefär två tredjedelar blev på olika nivåer störda av medpatienterna och av ljud utanför rummet. Cirka en tredjedel av vårdtagarna stördes av olämpligt ljus, vilket varierade från sällan till ofta. Deltagarna gav förslag på förbättringar.

Det mest frekventa förslaget var en kombination av singel- och tvåbäddsrum. Andra förslag var utrymmen för privat mottagande av besökare, samt rum där besökare kunde stanna över natten. Majoriteten av vårdtagarna ansåg det väsentligt att designen på sängen var av sådant slag att man inte gled ner när huvudändan höjdes, att man skulle kunna manövrera sängen på ett enkelt sätt, att dävert och andra handtag lätt skulle kunna nås, samt efterfrågade två tredjedelar en bekväm fåtölj bredvid sängen. Många patienter hade synpunkterna att sängbordet ska vara lättare att flytta och att bordsytan ska vara större (Petzäll, Berglund et al. 2001). Fridell (1998) poängterar att plats måste finnas för rullstolar, rollatorer med mera, liksom lätt framkomlighet för vårdtagare. Det är mycket väsentligt att forma miljön efter människornas förutsättningar, exempelvis reser sig många äldre människor från en stol genom att luta sig fram över bordsskivan för att ta stöd. Därför är det viktigt att taklampan inte hänger för lågt ner, samt att stolarna inte är för låga eller utan armstöd. Anpassning av fåtöljer med möjlighet till varierad sitthöjd och klädd med urinsäker väv genomfördes således på avdelning 4.

I en observationsstudie på Sahlgrenska Universitetssjukhuset under två enveckorsperioder, framkom att på en kirurgisk avdelning nyttjas sängen mer aktivt inom den medicinska behandlingen; intag av mediciner, utförande av behandlingar som exempelvis intravenösa infusioner och blodtransfusioner. På en internmedicinskt inriktad avdelning används sängen i stället mer till sömn och vila. Transporter av vårdtagare med sängens hjälp var 5.8 procent på kirurgavdelningen, jämfört med den internmedicinska, som låg på 0.2 procent. Vårdtagarna på dessa båda avdelningar spenderade ungefär lika mycket tid i sängen under dagen, men forskarna upptäckte att vårdtagarna på kirurgavdelningen var dubbelt så aktiva som dem på den intermedicinska, vad gäller att lyssna på radio, läsa böcker och tidningar, vilket genomfördes i sängen (Petzäll, Berglund et al. 1996). Petzäll, Berglund och Lundberg (1996) hävdar, med denna skillnad som bakgrund, att utformningen av sängar är mycket väsentligt beroende på vilket syfte dessa har och vilka önskemål man har med dem.

NATURLIGT HELANDE

En utvärdering av sjukhusträdgården på Children's Hospital and Health Center, San Diego, genomfördes under en två veckorsperiod. Detta för att fastställa om trädgården svarade upp mot de klara målen att den skulle bidra till stressreduktion, återuppbringa hopp och energi, samt att öka användarnas tillfredsställelse, och vara en kontrast mot den stressfulla

sjukhusmiljön. Genom studien, vilken inkluderade bland annat vårdtagare, fick man fram ett antal fördelar med trädgården, bland annat att platsen föredrogs som ett ställe för samlande av krafter, helande och bidrog till ökning av välbefinnandet. Men trädgården användes inte så effektivt eller ofta som det var tänkt, på grund av att tillräcklig information inte hade kommit ut till de presumtiva användarna om vilka som kunde nyttja platsen. Dessa blev dock mycket intresserade när de fick veta att det fanns ett grönområde i närheten. Vidare påvisades att det var sällan som vårdpersonalen tog ut de unga vårdtagarna till trädgården. De flesta besökarna spenderade mindre än fem minuter, och trädgården var ofta tom på besökare under långa perioder på morgonen och sent på eftermiddagen. Vissa områden var mer populära än andra. I utvärderingsanalysen kom det fram av brukarna av trädgården att man ville ha mer träd och grönområden, mer lek- och aktiveringsmöjligheter för barnen, samt bättre förutsättningar att ta sig fram med rullstol. Nittio procent av de tillfrågade, även de som inte hade besökt trädgården, uttryckte att det är viktigt att sjukhus har trädgårdar och grönområden (Whitehouse, Varni et al. 2001).

Även ljuset har naturligt botande och välgörande egenskaper. Den första studien om behandling med hjälp av ljus inom den primära vården för att lindra årstidsberoende känslöstörningar, genomfördes i England. Femtisju personer deltog under en fyra veckors period under vinterhalvåret och behandlade sig själva hemma med hjälp av en box innehållande lampor med antingen klart vitt ljus eller svagt rött ljus. Resultaten visade på att deltagarnas besvär i båda grupperna minskade med mer än 40 procent, men man fann inga skillnader i behandlingsresultaten mellan dem som hade fått klart vitt ljus och dem som fått svagt rött ljus (Wileman, Andrew et al. 2001).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Innehållsanalysen är ett pålitligt undersökningsverktyg när det gäller kvalitativa litteraturstudier. I den här studien var den ypperlig. Metoden har fungerat bra med att dela upp de olika artiklarna efter deras teman och vissa artiklar hamnade under flera områden.

Artiklarna söktes i ett flertal databaser för att få en mer gedigen materialomfattning. Den omfattande artikelsökningen beror på de svårigheter som uppenbarade sig vad gäller att finna lämpliga vetenskapliga artiklar. Urvalet var inte speciellt stort, många av de artiklar som fanns saknade relevans på grund av att de inte följde syftet och frågeställningen, samt att beställning av artiklar ansågs invecklat. Detta har medfört att sökningsmöjligheterna begränsats. Svårigheterna gjorde att tidsperioden behövde utökas från tio till 20 år bakåt i tiden vid sökningarna. Samtliga av de artiklar som till slut hamnade i resultatet överstiger dock inte tio år, utan den äldsta är från 1995 och fem av artiklarna är från 2001. Trots bristen på artiklar skapades ett matnyttigt och aktuellt resultat med sannolikt hög validitet. I efterhand finns tankarna om att material även skulle ha sökts på Blekingesjukhusets bibliotek, att sökordet ”välbefinnande” i större utsträckning skulle användas, att mer idogt försökt till beställning av vissa artiklar ändå skulle ha gjorts, samt att större efterforskning på avhandlingar skulle ha genomförts. Möjligtvis skulle dessa reflektioner ha underlättat och effektiviserat arbetet med litteraturstudien. Användning av ett utformat protokoll, exempel anges i Polit, Beck och Hungler (2001), skulle antagligen med detta systematiska sätt, effektiviserat och förenklat granskningarna av artiklarna ytterligare genom ökning av överskådligheten.

Litteraturstudie, som metod, har troligtvis gett studien en högre validitet. Om kvalitativa intervjuer eller frågeformulär gjorts hade det kanske kunnat resultera i fler svar på den fråga som ställts. Dock hade inte ett så brett perspektiv på ämnesområdet införskaffats. I resultatet finns artiklar från olika länder bland annat USA, Israel, Spanien, Storbritannien och Sverige. Sannolikt är att tillförlitligheten ökar med denna bredare överblick, eftersom vårdorganisation samt syn på vård, omsorg och människan i de olika länderna troligtvis skiljer sig åt, samt även vad gäller nationella ekonomiska och sociala system, som påverkar hälso- och sjukvården.

Användning av citat ansågs vara ett viktigt redskap för att bland annat på ett bra sätt kunna återge patienternas upplevelser. Det var dessutom ett oerhört bra sätt att återge vad författarna verkligen vill ha sagt, utan att viktiga åsikter och fakta föll bort i översättningen.

Följande analytiska påpekanden från examensarbetets författare, är förankrade i litteratur beskriven i metodkapitlet.

Allen et al. (2001) har i sin studie möjligen ett för litet urval, samtidigt tar de inte upp viktiga aspekter som kan ha påverkat resultaten mellan de båda undersökta grupperna;

längderna på operationerna eller det preoperativa väntandet. Några andra bias har heller inte redovisats, exempelvis vilka andra potentiella orsaker som fanns till oro/ängslan. Medhålls till Fernells (2002) kommentar, att denna studie är viktig trots vissa begränsningar. Inget bortfall har redovisats och en komplett uppföljning genomfördes. Genom att de medverkande i studien fick möjlighet att välja mellan 22 olika sorters musik, anses eventuellt öka trovärdigheten till undersökningen, genom att begränsningar minskas av den anledningen att verkliga subjektiva behov framkommer mer, som möjligen kan påverka utgången.

Möjliga bias har tagits upp i *Bayo, García och García (1995)*, nämligen att det var svårt att uppskatta antalet som inte svarade på frågeformulären, eftersom medverkan var frivillig. Just att deltagandet var frivilligt, och att ingen randomisering har skett, kan ha bidragit till att påverka det statistiska utfallet, och medför minskad trovärdighet till artikeln. Att använda sig av olika kvantitativa mätinstrument för registrering av ljudnivåerna anses dock öka objektiviteten. Att forskarna har valt vårdpersonalens åsikter i första hand, anses dock förbryllande, och reflekteranden har skett kring detta, vilket följdes av tanken att det hade varit intressantare med vårdtagarnas åsikter i minst lika stor grad.

Edwards (1998) beskriver sin studie som både kvalitativ och induktiv. Urvalet på sex vårdtagare och sju stycken personal, är i det minsta laget. I studien användes ett observationsschema och en tredje part att utföra observerandet och intervjuandet, för att minska risken för bias komma från forskaren, samt för att uppnå högre tillförlitlighet och giltighet. Användningen av semistrukturerade intervjuer tros generera större objektivitet. Inget bortfall redovisades. Risken finns att forskaren i denna studie drar för generella slutsatser.

Fridells (1998) empiriska studier har genomförts av observationer och kvalitativa intervjuer. Hon nämner inte mer specifikt vilka metoder hon använts sig av. Dock har hon läst in sig på mycket och fått fram teoretiska reflektioner, som visats ha aktuell anknytning i praktiken.

Gross, Sasson, Zarhy och Zohar (1998) använder sig av ett diskuterande och reflekterande arbetssätt i sin artikel, som byggs på av de indirekt redovisade observationerna och intervjuerna, vilka har genomförts av forskare som är verksamma på detta sjukhus. Metoden kallas för teoretisk utvärderingsstudie. Tillförlitligheten till denna artikel är vag, men är ändå intressant att ta med eftersom den blivit publicerad.

Ett stort urval har *Lelchuk Staricoff, Duncan, Wright, Loppert och Scott (2001)* med 1001 personer, men de anger inte tydligt hur många av dessa som är vårdtagare, personal eller besökare. Eventuella bias tas inte upp. En tiogradig skala användes för att ange svaren, vilket

ger större möjlighet att lämna ett subjektivare svar, än med en skala med färre gradering. Den tolkning av de kvantitativa data som framkommit har givit studien hög tillförlitlighet.

Pattison och Robertson (1996) har i sin studie möjligen använt sig av ett litet urval; 64 vårdtagare fördelade på två avdelningar. Ett detaljerat frågeformulär innehållande graderingsskalor har använts. Kvantitativa data har omtolkats acceptabelt, och genom indelning av formuläret i olika teman över möjliga orsaker till minskat välbefinnande, gör datan antagligen mer lätthanterliga. För att undvika könsrelaterade skillnader valdes gynekologavdelningar. Inga bortfall anges. Forskarna nämner att de genomfört individuella intervjuer innan utdelning av formuläret för att redovisa för de deltagande syftet med studien, samt dess konfidentiella hantering. Detta visar på stort ansvar. Även på grund av att de väntat till det femte postoperativa dygnet med att genomföra studien, vilket de inte specificerat anledningen till, visar på ansvar. Här antas att väntan beror på att deltagande ska ha återhämtat sig någorlunda för att kunna orka ge adekvata svar. De har också valt att dela ut frågorna mellan klockan 18.00 och 22.00, vilket är bra vid hänsyn tagen till reflektion över dagen som gått, men kan även medföra att vissa vårdtagare har varit för trötta för ordentligt engagemang i frågorna.

Petzäll, Berglund och Lundberg (1996) använde sig av observation av sängar på två avdelningar, under en vecka var på dagtid. Ett speciellt randomiserat schema nyttjades. Observerandet av varje säng skedde ungefär var tredje minut och varken vårdtagarna eller personalen visste vilka sängar som bevakades. Genom att observatören bevakade sängarna även när avdelningen hade lunch, ansåg forskarna att viktiga aktiviteter som skedde i sängarna även kom med i resultaten. Studien av de två olika avdelningarna ansågs vara representativt för de aktiviteter som sker på dessa kliniker, samt var förenligt med studiens syfte. För att undvika risk av bias genomfördes en förstudie av schemat under två dagar. De redovisar att avdelningsföreståndarna angav att aktiviteterna på de båda avdelningarna var generella. Antalet observationstimmar var lika; 56 timmar. En eventuell bias kan dock vara att kirurgen hade 23 sängar, medan medicin hade 26 platser, som observerades, vilket inte kommenteras i studien, även om de även angett sina data i procentform.

Petzäll, Berglund och Lundberg (2001) genomförde ytterligare en studie och använde sig av intervjuer med ett standardiserat frågeformulär. Det var semistrukturerade frågor, vilka även ger möjlighet till kvalitativa data genom att vårdtagarna bland annat har chans att komma med förslag till förbättringar. Möjliga bias, som inte tas upp direkt i undersökningen, är både ålders- och könsrelaterade skillnader, samt eventuella skillnader i omvårdnaden för olika

sjukdomar. Viktiga aspekter som forskarna beaktade, för att undvika bias, var att de intervjuade hade legat inne i genomsnitt fem dygn, samt att de spenderat mycket tid i sängen.

Ragneskog, Bråne, Karlsson, Kihlgren (1996) har använt sig av en gedigen kvantitativ datainsamling. De har minskat risken för bias genom att konsultera en psykolog, vilket är exceptionellt viktigt eftersom det rör sig om demenssjukdomar och därigenom beteendeförändringar. Videoinspelningen ger studien ytterligare tyngd och en mer kvalitativ karaktär. De har dock inte specificerat vad för slags frågeformulär det rört sig om, men de har utförligt redovisat de två nyttjade skalorna. Trovärdigheten antas vara hög på grund av användning av olika undersökningsinstrument, och möjligen kunna generalisera för att musik ska kunna användas inom andra områden och tidpunkter än vid måltider.

I *Tansiks och Routhieaux's (1999)* studie tas inte andra faktorer i den fysiska miljön upp, som skulle kunna bidra till humörförbättringarna, men de påtalar denna bias och att ytterligare forskning behövs. Även om resultaten skulle vara påverkade av andra faktorer än musik, anses denna bidra till helheten av atmosfären på sjukhuset, därigenom är studien av relevans. Resultaten sattes inte i samband med upplevelse av servicen på sjukhuset eller hur förväntningar tillmötesgåtts.

Whitehouse et al. (2001) nyttjade både observationer och semistrukturerade frågor. En intressant synpunkt är att bland de intervjuade var flertalet kvinnor. Urvalet skedde, enligt forskarna, randomiserat och stratifierat för att grupperna skulle vara representativa. Mycket av datan som kom fram var, enligt författarna själva, deskriptiv. Innehållsanalys användes på data från intervjuerna, enligt fastställda riktlinjer för kvalitativ forskning. Möjligtvis skulle observationerna ha sträckt sig längre än två veckor, och eventuellt ha kompletterats med en annan månad än juli, för att upptäcka skillnader i tillgången av trädgården.

Wijk och Sivik (1995) har ett litet urval i sin studie, vilket de nämner. Detta kompenseras till viss del av att de använder sig av fyra olika experiment som jämförs med kontrollgruppen. Varken bortfall eller tydliga bias tas upp i studien.

Wileman et al. (2001) använde sig av en strukturerad intervjuguide speciellt utformad för årstidsbunden depression. Forskarna tar själva upp bias, exempelvis att urvalet var för litet, vilket kan ha lett till svårigheterna att upptäcka små skillnader mellan grupperna. En annan placebo borde användas i en uppföljningsstudie, eftersom svagt rött ljus troligen kan ge förbättrade resultat. En annan begränsning utgörs av att deltagarna tog med sig ljusboxarna hem, och att följsamheten (compliance) av behandlingen inte stämde överens. Trovärdigheten

bevaras av det slumpmässiga urvalet, att deltagarnas läkare inte visste vilken behandling vårdtagarna fick, samt resultatet av de minskade poängerna på skalorna i intervjuformulären.

Den valda teoretiska referensramen var trots sina år på nacken i högsta grad aktuell. Ämnesområdet fysisk vårdmiljö är ett område som kommit tillbaka och återigen blivit angeläget. Det framkom att många av Nightingales ståndpunkter överensstämde och därmed var användbara. Teorin kunde med lätthet appliceras på arbetet och dess syfte och frågeställning.

ETISKA ASPEKTER

I Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden fastställs att innan ett projekt påbörjas bör gedigen litteraturstudie genomföras för att klargöra att kunskapen inte redan finns. Forskaren ska även garantera deltagarna frivillighet, anonymitet, skyddas mot både psykiskt som fysiskt obehag eller skada, samt att informationen kommer behandlas konfidentiellt (Arlebrink 1996). Enligt Polit, Beck och Hungler (2001) finns tre större etiska principer som ska vägleda forskningen; värdighet, rättvisa, fördelaktighet/välgörande. Av 13 artiklar och en avhandling hade fyra granskats av etiska kommittéer i olika länder. Två artiklar var författade av svenskar och två andra artiklars författare var från USA och England. De som inte genomgått prövning, har flertalet av dessa tagit med etiska aspekter, bland annat informerat deltagarna om att hantering av uppgifterna kommer att ske konfidentiellt.

RESULTATDISKUSSION

Förutsättningar till förståelse angående det studerade området, är att man går till sig själv och rannsakar vad som ökar ens eget välbefinnande, samt vilka faktorer i ens liv som är betydelsefulla. Tydligt är att det finns ett betydande samband mellan kropp och själ, och mellan fysiskt och psykiskt välbefinnande och tillfrisknande från sjukdom. Det finns ett intimt samspel mellan människan och miljön.

Enligt Jahren-Kristoffersen (kap.6 1998) är detta även åsikter som Nightingale hade när hon skrev sina böcker. Hon ansåg att det i en vårdmiljö var essentiellt att förfoga över adekvat ljus, tillgång till natur, minskat buller, miljöer fria från dålig lukt, för patienten anpassad

temperatur samt frisk luft. Väsentligt var dessutom enligt henne att miljön var individuellt anpassad och förmedlade stöd, trygghet, omväxling och distraktion. Det framkom att även patienter i olika vårdmiljöer hade dessa åsikter. Vårdmiljöer har byggts och byggts om för att skapa en tillfredställande fysisk miljö.

LJUS OCH FRISK LUFT

På ett sjukhus fanns patientrum och matsalar som var ljusa och välventilerade. Utrymmen som en altan med en stor angränsande gräsmatta som omsluter byggnaden och möjligheter och tillgång till solljus och frisk luft fanns. Detta uppskattades av patienter. Sjukhusets fönster var stora och släppte in mycket solljus och frisk luft då de som oftast var öppna. Nightingale förespråkade stora fönster i vårdmiljöer så att vårdtagaren kunde se omgivningarna utanför och så att rummen kunde vädras med riktigt mycket frisk luft. Även tillräcklig tillgång till ljus var en av hennes grundtankar. Ett flertal studier tar upp väsentligheten av ljuskällors arrangemang. En forskare beskriver ljuset som en central funktion på den fysiska miljöns stämning och karaktär.

I en svensk studie undersökte man ljusets färgers funktioner med hjälp av etthundraåttio artonåringar. Inga direkta effekter på humöret kunde påvisas, men däremot att kvinnorna uppfattade ljuset i rummet mer uttrycksfullt och betydelsefullt än vad männen gjorde. De huvudsakliga effekterna av ljus avseende på korttidsminnet och problemlösning visade att deltagarna hade högre prestationsförmåga i varmt vitt ljus, än i kallt vitt eller vitt "dagsljus", vilket inte tidigare har påvisats. Studien visade även på samband mellan ljus och kön gällande långtidsminnet, där männen gjorde bättre prestationer i varmt och kallt ljus, medan kvinnorna gjorde det i "dagsljus". Dessa resultat bekräftar att ljus inomhus influerar icke-synliga psykologiska processer, även om forskarna påpekar att det är svårt att förstå de bakomliggande mekanismerna (Knez 2001). Dessa upptäckter är betydelsefulla för vårdmiljöer eftersom prestationer dagligen ingår i patientens rehabilitering. Ljus påverkar på ett väsentligt sätt hur vi människor fungerar och är en del av den fysiska miljön. Skillnad på resultat gällande förändring av humör finns för denna studie som Knez (2001) gjort och Wilemans och Andrews (2001) studie som nämns i resultatet. Detta kan möjligtvis bero på att det är svårt att mäta förbättringar av humöret om de undersökta från början inte har någon form av känslöstörningar som fallet var i Knez studie. Troligast är att Wilemans och Andrews studie är mer tillförlitlig när det gäller just mätningar av humöret. Att vara medveten om att

dessa årstidsberoende känslöstörningar som Wileman och Andrew (2001) skriver om finns är något som bör beaktas inom vården. En del patienter spenderar flera år sängliggandes i vårdmiljöer och trots att årstider växlar så får kanske inte patienten tar del av detta. Han eller hon får inte njuta av den ljusa delen av året på samma sätt som om han eller hon varit frisk och kunnat vara hemma i exempelvis trädgården. Vårdtagaren behöver därför ha tillgång till ordentligt med ljus från sin sängplats.

Man behöver enbart gå till sig själv för att erfara positiva effekter av solljus. Man känner sig gladare och piggare när solen skiner. Egna erfarenheter har visat på, att trots påpekanden om att vårdtagarna på ett äldreboende skulle må bättre av att få komma utomhus oftare, så hänvisade personalen till tidsbrist och prioriterade diskning och städning istället. Attitydförändringar tros vara största utmaningen inom vården. Tyvärr finns vissa tankemönster att man inte bör ifrågasätta eller ge förslag. Dock finns vetskap om att det inte är generellt för alla vårdformer, utan att det finns föregångare, även på detta område. Trots visserligen ringa erfarenhet av att jobba inom vården, så är ändå en åsikt att mycket enkla och billiga förbättringar kan genomföras inom vårdmiljöer, utan att professionaliteter behöver konsulteras. Det handlar om att våga och vilja förändra först och främst. Vården måste utvecklas, våga vara dynamisk. Det finns en fara med att endast följa strömmen, att hänvisa till tidsbrist eller till rutiner. Man låser sig och ser inte möjligheter. Här anses att genom engagemang åt förändringar av fysiska vårdmiljöer, grundläggs förutsättningar för att öka välbefinnandet hos vårdbehövande. Samtidigt efterföljs verkligen Hälso- och sjukvårdslagen mer korrekt.

Individuell hänsyn

En viktig reflektion är även att det är lika viktigt att patienten får slippa oönskat ljus som att patienten får tillräckligt när han eller hon behöver det. Vårdtagaren vill kanske sova eller av andra anledningar ha det mörkt då rumskamraten tvärtemot behöver ljus. Behoven som varierar kan komma av vårdtagarens sjukdomskaraktär och omfattningen av denna sjukdom, typen av vårdform som vårdtagaren vistas i, eller av dennes inställning och själsläggning.

I en undersökning beskrivs väsentligheten av att forma miljön efter människornas förutsättningar. Här granskades belysningens betydelse vid stigande ålder då normalt seende ökar känsligheten för bländning. Detta innebar att äldre patienter drabbades allt hårdare av brister och störande förhållanden gällande belysningen. Ett annat problem för de äldre som

påvisas är väsentligheten av att taklampan inte hänger för lågt ner, samt att stolarna inte är för låga eller utan armstöd. Detta på grund av att exempelvis många äldre människor reser sig från en stol genom att luta sig fram över bordsskivan för att ta stöd, och kan då slå i huvudet i lampan. Det är här dessutom viktigt att stolarna inte är för låga eller utan armstöd.

Tyvärr stöter man på detta relativt ofta, vilket ibland åtgärdas med hjälp av sjukgymnast och arbetsterapeut. Dessa två personalkategorier är dessutom viktiga resurser i arbetet vad gäller förbättringar av den fysiska vårdmiljön.

Att skapa den fysiska miljön efter patientens individuella behov är något Nightingale ansåg vara av vikt. Men i dagens samhälle, med dess besparingskrav och effektiviseringspolicys, vilka också har genomsyrat vården, är det ingen regel att individuella behov tillgodoses, trots ökad fokusering på en mer patientcentrerad vård och omvårdnad. Man kan försöka genomföra detta i större grad, vilket möjligen kan ske genom att inkludera den fysiska miljön i omvårdnaden. Vårdtagares åsikter och viljor måste i högre grad komma till uttryck, och gehör åstadkommas med innovationer i praktiken. Möjligen kan man använda sig av en metod, liknande KUPP, för att uppnå denna rättighet. Hälso- och sjukvårdslagen, holistisk människosyn, samt etiska och moraliska aspekter används som vägande argument åt förslaget.

AVSKILDHET OCH LUGN

Svårigheter fanns, enligt en studie, att ändra sänglampans position och få så mycket ljus man behöver. Patienterna önskade även effektivare arrangemang för att utestänga ljud, ljus och lukt. Nightingale menade att lugn och ostörd sömn var av betydelse för patientens välbefinnande, viktigt var även att vårdtagaren slapp motbjudande lukter (Jahren-Kristoffersen, kap.6 1998). På en avdelning beskrivs ljudförhållandena som svårhanterliga för patienter. En reflektion är här att fler rum för möjligheter till enskilda samtal eller avskildhet ska finnas.

I en studie påvisas det att större patientsalar med högre ljudnivåer medför en betydligt större andel oroliga patienter. I en annan undersökning ansågs ljudnivåerna vara höga och påverka patienternas möjlighet till bekvämlighet och tillfrisknande. Personalen påverkades även de negativt och föreslog förändringar. Förslag som gavs var att detta kunde undvikas med effektivare ljudisolering och mindre ljudliga apparater. Förståelse finns för att om vårdpersonalen påverkas negativt av de rådande auditiva förhållandena, finns stor risk att vårdtagarna far ännu mer illa, vilket naturligtvis påverkar välbefinnandet.

Önskemål om en lugn och ostörd fysisk miljö kan uppnås med hjälp av viss avskildhet. Detta uppenbarade sig som ett vanligt önskemål bland både patienter och de arkitekter som har kunskap om hur vårdmiljöer ska utformas. Patienten ska kunna välja mellan avskildhet och social interaktion. Därför är det en bra lösning som påvisats i en studie att patientrummen är mer avskilda, och som alternativ finns ett stort dagrum för gemenskap. Många patienter föredrog avskilda rum eller avdelningar för att deras privatliv inte skulle bli lidande. Det fanns önskemål om singel- och tvåbäddsrum. Andra förslag var att det skulle finnas utrymmen för privat mottagande av besökare, samt rum där besökare kunde stanna över natten. Detta för att uppnå mer privata sfärer. Patienten respekteras på så vis och man ser till att miljön är anpassad efter dennes särskilda behov, enligt Nightingales anda. Flera studier indikerar att möjligheten till valfrihet hur man vill vistas i olika miljöer bör finnas, vilket är en intressant och viktig etisk synvinkel.

Något att påpeka här kan väl vara att Nightingale på sin tid hade stora flerbäddssalar. Detta beror säkerligen på den tidens knappa resurser inom sjukvården. Det var förmodligen en liten personalstyrka och ombyggnationer till mindre salar fanns det troligtvis inte pengar till. Den fysiska sjukhusmiljön var antagligen inget man kunde prioritera på den tiden, det fanns så många andra behov.

BEHOV AV TRYGGHET OCH STÖD

Dessa Nightingaleavdelningar med stora salar påvisades i en studie för patienterna ge upphov till störd nattsömn, oro och bristande privatliv. Men vad som även framkom var att vårdtagarna kände sig mycket tryggare i de stora salarna där överskådligheten var stor och där många patienter låg. Enligt Nightingale var det viktigt att patienten kände sig trygg för att ett tillfrisknande snabbare skulle kunna ske. Skydd mot faror och upplevelse av välbefinnande, var enligt henne grundläggande mänskliga behov (Jahren-Kristoffersen 1998). Värdet av en säker och trygg miljö beskrevs för ett psykiatriskt sjukhus. Där fanns mer avskilda salar och avdelningar, där endast ett litet antal patienter vistades. Detta för att patienten inte ska behöva känna sig trängd och bli tvungen till att beblanda sig med andra patienter när avskildhet önskades eller vid känsla av hot. Bland annat hade personalen väldigt god insyn i patienternas rum, god belysning dygnet runt och många nödutgångar. Det betraktades här som enormt viktigt för patienternas rehabilitering, att de kände att de vistades i en trygg miljö. I en undersökning gjord på vårdtagare med Alzheimers sjukdom visade det sig att färger i

vårdmiljöer hade stor betydelse för hur patienterna kunde orientera sig. I och med detta ökade kvaliteten på vården och patienterna kände en större trygghet och frihet.

Vad en studie visat på är betydelsen av att den fysiska miljön förmedlar en uppriktig respekt för patienten och stödjer denne. Väsentligheten av att sjuksköterskan hjälper och stödjer patienten i dess utsatta situation förespråkades av Nightingale. På ett sjukhus hade man exempelvis placerat sjuksköterskeexpeditionen i närhet till dagrummet, vilket gjorde att närvaron med patienterna ökade och kontakten mellan patienter och personal främjades. Sjukhuset erbjöd även en variation av utrymme som stödde social interaktion, till exempel stora dagrum och rymliga korridorer med hemtrevliga möbler. Även en sak som noggrant underhåll av sjukhuset gjorde att patienter kände sig respekterade och kände ett stöd. I en studie diskuterades möjligheten att patienter och anhöriga genom avslappnande musik blev mer kapabla till kommunikation med vårdpersonal. Därmed kunde de öka sitt välbefinnande och anpassa vården efter sina behov. Design och konst beskrivs som några av de faktorer som minskar stress och ger en psykologiskt stödjande vårdmiljö.

Alltså kan sjuksköterskan använda den fysiska miljön som ett redskap i sin omvårdnad. Genom detta redskap kan hon ge patienten det stöd han eller hon behöver och medverka till patientens snabbare tillfrisknande. För att åstadkomma detta är det viktigt att tillrättalägga den fysiska miljön på ett adekvat sätt. Utbildning av all vårdpersonal angående den fysiska vårdmiljöns betydelse, är väsentlig, eftersom relativt enhetligt tänkande kan ge önskvärda resultat i praktiken. Man arbetar därmed efter liknande principer.

Av erfarenheter uppkomna av att både vara personal och vårdtagare, har reflektioner uppstått kring skillnader mellan gemensamma utrymmen och själva vårdrummen. Upplevelserna har givit vid handen att gemensamma lokaler, speciellt personalrummen, var mer färgglatt utsmyckade, innehållande växter, lugn musik, sköna soffor, tavlor med mera. Medan inne på vårdrummen hade man inte genomfört detta i lika stor utsträckning, fast de allra flesta av vårdtagarna vistades största tiden där. Tankar präglas därigenom av för vilka som vårdmiljön utformas åt i första hand.

OMVÄXLANDE, DISTRAHERANDE OCH VÄLGÖRANDE ESTETIK

En miljö som inte erbjuder stimulans och ombyte kunde enligt Nightingale, leda till monotoni och leda för patienten och detta i sin tur motverka läkande och välbefinnande. Hennes uppfattning var att musik, konst och skönlitteratur kunde vara av betydelse, och

angeläget var dessutom att patienten aktiverade sig genom att gå på olika evenemang och tillställningar. Musik och högläsning bland annat, avledde enligt Nightingale patientens uppmärksamhet från sjukdom och lugnade denne (Wikström 1997). I olika vårdmiljöer har man försökt uppnå detta bland annat genom att frambringa en mer hemlik miljö, olika former av uppträdanden, konst och musik. Det visade sig i ett projekt att många tyckte att konsten och den levande musiken fångade deras uppmärksamhet och hjälpte dem att koppla bort bekymmer och medicinska problem. Variationen av utbudet var stort; dagligen framfördes allt från klassisk musik till jazz, opera, teater, poesi och högläsning. Underhållning i form av uppträdande och sång visade sig vara mer omtyckt än konsten på väggarna på grund av större föränderlighet. Detta visar att Nightingale hade rätt när hon skrev att variation och omväxling behövs.

Att musik, konst och uppträdanden även ökar personalens och de anhörigas välbefinnande är något som likaså gynnar vårdtagarna. Är människorna, som man som vårdtagare omger sig med på ett gott humör, mer harmoniska och välmående, så smittar det säkerligen av sig.

Förändring behöver inte alltid innebära att beslut först måste fattas från en organisatoriskt högre nivå, till största delen på grund av föreställningen att det oftast tar längre tid då. Varför inte låta skolbarn måla tavlor som kan hängas inne på vårdrummen, eller att inbjuda körer mycket oftare till sjukhusen? Genom inköp av möbler med mera på secondhandaffärer eller liknande, hålls kostnaderna nere samtidigt som fina föremål erhålls. Genom att tillsammans sätta sig ner och "Brainstorma" över möjliga förändringar i den fysiska vårdmiljön, tros många bra och enkla åtgärder kunna uppstå.

För Nightingale var det angeläget att vårdtagaren inte utsattes för påfrestningar och stress, vilket kunde försvåra läkningen (Jahren-Kristoffersen, kap.6 1998). Musik visade sig i en studie leda till känsla av kontroll eller distraktion för vårdtagarna. Även mindre stress, ökning av bemästringsförmågor och ökat välbefinnande åstadkoms. Genom denna distraktion och ökat välbefinnande via musik, påvisas också i en annan studie att vårdtagares inställning till vården ändrades, exempelvis för en patient som var rädd eller ängslig. I en undersökning konstateras musikens betydelse när det framkom att patienterna var oerhört missnöjda då radioljudet i sängens radio var dåligt. För dementa på en psykiatrisk avdelning visade sig musiken ha en betydande roll. De åt mer under de perioder då man spelade musik. Musiken gjorde även att vårdtagarna blev mindre irriterade, oroliga, ångestfyllda och nedstämda, speciellt när lugnande toner spelades. De positiva effekterna av musiken höll i sig även efter det sista musiktillfället och två veckor ytterligare. Alltså hade musiken den inverkan att

vårdtagarnas välbefinnande ökade. En studie som bekräftar det redovisade resultatet, påvisade att antingen med bakgrundsmusik eller med sång ökade vårdtagares förståelse av situationen, vilket de visade både i praktiken och verbalt. De deltagande i studien var eller antogs vara dementa (Götell, Brown et al. 2002). En annan studie, med liknande typ av urvalsgrupp, konstaterade att under musiktillfällena ökade deltagarnas förmågor till utförande av kroppsrörelser, att spela instrument och bland annat att sjunga. Under och efter dessa tillfällen ansåg personalen att de kom vårdtagarna närmare in på livet, vilket styrker de tidigare nämnda mellanmänskliga effekter, som redogörs i resultatdelen. Vissa deltagare tyckte att det var trevligt, när minnen kom tillbaks vid sjungande av igenkännande sånger (Götell, Brown et al. 2000). Musikens och sångens betydelse för välbefinnandet och hälsa anses inte tas på allvar inom den somatiska vården. I denna litteraturstudie påvisas dessa komponenters välgörande effekter, vilka borde ha större utrymme i vårdens dagliga aktiviteter.

Nightingale ansåg dessutom att variation av färg och form hos de objekt som fanns i patientens miljö var avgörande för att denne ska tillfriskna (Wikström 1997). Flertalet av patienterna i en studie hade den åsikten att färger förbättrat deras humör, minskat stress och medfört till en trevlig och behaglig miljö.

NATUR

Nightingale betonade att patienten skulle ha tillgång till naturen genom till exempel en bukett blommor eller åtminstone genom utsikten genom fönstret. En patient som inte får möjlighet till att se ut genom ett fönster och beskåda naturen genomgår sannolikt onödigt lidande menade Nightingale (Wikström 1997). I en studerad vårdmiljö hade man i badrummen infört bland annat gröna växter för att skapa en rogivande miljö. Naturens sägs ha läkande effekter, bland annat har antroposoferna denna uppfattning. Reflektioner har yppats om att antroposoferna är förgrundsbilder till integrering av fysisk miljö inom hälso- och sjukvård. I en undersökning framkommer det att patienter föredrog trädgården på sjukhuset som ett ställe för att samla krafter, de ansåg även att platsen var helande och bidrog till ökning av välbefinnandet. I denna studie redovisades det att de flesta endast spenderade ungefär fem minuter ute i trädgården. En reflektion är att det inte är så konstigt, eftersom stor effekt och tillfredsställelse, samt ökat välbefinnande, kan tänkas uppnås även av liten exponering från naturinspirerande miljöer. En annan undersökningsgrupp bestående av patienter tyckte att mer gröna växter behövdes på avdelningen. Denna lilla åtgärd är så lätt att åstadkomma och kostar

så lite. Därför tycker man att växter eller andra små faktorer som visat sig öka välbefinnandet borde finnas ute på avdelningarna i mycket större utsträckning.

Parsons, Tassinary, Ulrich, Hebl och Grossman-Alexander (1998) genomförde en studie med 160 collage studerande, både män och kvinnor för att påvisa om stressåterhämtning och immunsystemet påverkades av miljöerna längs med körbanorna. Deltagarna fick se en av fyra olika videosimulerade bilkörningar, efter att ha blivit utsatta för stressorer, bland annat en video om olyckor i arbetsmiljöer. Olika mätmetoder användes, bland andra blodtrycks- och pulsmätning, samt diverse teknik för att mäta olika muskelaktiviteter. Forskarna förväntade sig att de deltagare som såg byggnadsdominerande miljöer, jämfört med dem som körde genom naturområden, skulle ha högre autonomisk aktivitet som var stressindikerat, exempelvis förhöjt blodtryck och ökad ledningsförmåga i huden (hudens elektriska aktivitet). De resultat som kom fram i undersökningen bekräftade de två hypoteserna om naturens positiva effekt på immunsystemet och återhämtning från stress. Som studien påvisar bör naturen ses som en plats för rekreation och tillfrisknande och var om inte i vårdmiljöer passar detta bättre in? Vårdtagare utsätts precis som urvalsgruppen i studien för stressorer genom sin vistelse på sjukhuset. Att vara svårt och långvarigt sjuk eller att ha varit med om en hemsk bilolycka är trauman för varje individ. Att dessutom vistas i en främmande miljö, är oerhört stressframbringande för vissa vårdtagare. Därför kan denna återhämtning från stress, som naturen ger, i hög grad vara väsentlig.

BEKVÄMLIGHET

Att bekvämligheten är hög måste ju vara en av de grundläggande faktorerna för välbefinnande. Denna komfort innebär självklart sjukhussängen och annan utrustning bredvid sängen för de som tvingas vara sängliggande större delen av dagen. Av patienterna framkom det i en studie att de var ordentligt missnöjda med sängens bekvämlighet och utrustningen bredvid sängen exempelvis den obekväma fåtöljen. I en annan undersökning gjordes förändringar på en avdelning som innebar bland annat anpassning av fåtöljer med möjlighet till varierad sitthöjd och klädd med urinsäker väv. Florence Nightingale förespråkade lite extra lyx. Hon menade även att man ska tillrättalägga miljön så att naturen själv kan inverka på personen och dess tillfrisknande och därmed stödja kroppens egna läkande kraft (Wikström 1997). Vad är då inte viktigare än sängens kvalitet och fåtöljen där patienten kanske sitter i resten av den tid då han eller hon inte ligger i sängen? I en studie framkommer det att på

internmedicinskt inriktade avdelningar används sängen mer till sömn och vila än på kirurgiska avdelningar. På kirurgiska avdelningar hade sängen en funktion som en plats för intag av mediciner, utförande av behandlingar och transport.

Något som här kan vara att beakta är att skillnader vid utformandet av sängen bör göras beroende på vilken slags avdelning den används på. Görs inköp av nya sängar är det väl därför mest rimligt att dessa först och främst hamnar på medicinavdelningar med mycket sängliggande vårdtagare. Uppmärksamhet har även gjorts på att det i medicinska och omvårdnadsinriktade tidskrifter annonseras om designad utrustning och möbler, som fokuserar på komfort för vårdtagare. Detta anges i annonseringen förbättra trivseln i den inre fysiska vårdmiljön. Något annat som Nightingale talade för, är att värmeålla patienten. I en studie klagade patienterna över att de inte hade tillräckligt varma filter. Små saker kan vara väldigt viktiga och lätta att glömma.

Många av dessa beståndsdelar, som kan bidra till ett ökat välbefinnande hos patienten är relativt överkomliga och anspråkslösa insatser. Detta ska inte behöva anses som väldigt betungande och svårt, utan som roligt, kreativt och välgörande, vilket anses ske genom en positiv inställning. Om man överhuvudtaget ska kunna genomföra förändringar krävs kunskap, vilket erhålls genom olika former av utbildning. Glädjande är att även Blekinge Tekniska Högskola har insett detta, och kommer att hålla en kurs angående den fysiska miljöns betydelse. Vidare innehas åsikten att flertalet organisationer och forskare finns, som tar upp den fysiska miljöns betydelse för välbefinnandet/hälsan. Men dessa måste få större uppmärksamhet och tilltro, vilket förhoppningsvis kommer att ske i den snaraste framtiden.

KONKLUSIONER

En genomtänkt, varierande och omsorgsfull fysisk vårdmiljö medverkar till ett både fysiskt och psykiskt ökat välbefinnande hos patienten. Hur den denna fysiska miljö utformas är dessutom beroende av vårdtagares individuella och särskilda behov. Dessa varierande personliga behov kan komma av vårdtagarens sjukdomskaraktär och svårighetsgrad, typen av vårdform som vårdtagaren vistas i, eller helt enkelt av dennes tycke och smak. Mycket av det som kan lysa upp hela vårdtagarens tillvaro och skänka oanade krafter för tillfrisknande, kan göras med små medel och på kort tid. Något annat som krävs är att mer korrekta prioriteringar görs, där man jämför materiella resurser med de olika patientgruppernas eller avdelningars individuella behov. För att kunna göra dessa förändringar är en sundare inställning nödvändig.

Man måste inom vården våga begära förbättringar inte bara för vårdtagarnas skull, utan även för ens eget välbefinnandes skull. Det behövs ökade ekonomiska resurser, men framför allt förståelse och kunskap. Vården är allt för mycket centrerad kring besparingar och effektivitet. Stora delar av Nightingales teori är föredömliga, vilken bland andra teorier, borde tillämpas mer aktivt inom vården för ökning av välbefinnandet hos vårdtagare.

Ökade ansträngningar måste genomföras för att implementera välgörande faktorer, som till exempel sång, rumsutformning, ljud, inredning, musik, konst, frisk luft, natur och ljus, i den fysiska vårdmiljön, och låta dem ingå i denna, för att sedan vara med vid verkställande av förbättringar i den fysiska miljön inom samtliga vårdformer, även, och kanske speciellt, inom den så kallade somatiska. Kunde man redan på Nightingales tid åstadkomma sådana förändringar inom vårdmiljön, så kan man väl få dem till stånd även i dag. Liksom den enskilde människan är den fysiska vårdmiljön bestående av delar, men utgörs även av en helhet, vilket är oerhört viktigt att beakta, speciellt inom hälso- och sjukvården.

REFERENSER

- Allen, K. & Blascovich, J. (1994). Effects of music on cardiovascular reactivity among surgeons. *JAMA*, 272, 11, p. 882 - 4.
- Allen, K., Golden, L.K., Izzo, J.L., Ching, M.I., Forrest, A., Niles, C.R., Niswander, P.R., Barlow, J.C. (2001). Normalization of Hypertensive Responses During Ambulatory Surgical Stress by Perioperative Music. *Psychosomatic Medicine*, 63, p. 487 - 492.
- Antonovsky, A. (1999). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur.
- Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik – teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bayo, M.,V., García, A.,M., García, A. (1995). Noise Levels in an Urban Hospital and Workers' Subjective Responses. *Archives of Environmental Health*, Vol. 50. No. 3, p. 247 - 251.
- Bergnéhr, D. (2000). *Miljöterapi – igår, idag och imorgon. 25 års medlemskap – perspektiv på behandling*. Lund: Studentlitteratur.
- Biley, F.C. (2000). The effects on patient well being of music listening as a nursing intervention: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 9, p. 668 – 677.
- Christenfeld, R., Wagner, J., Pastva, G. & Acrish, W.P. (1989). How physical settings affect chronic mental patients. *Psychiat Q*, 60, p. 253 - 264.

- Cleary, P.D., Epstein, A.M., Oster, G., Mouissey, G.S., Stason, W.B. & Debussey, S. (1991). Health-related quality of life among patients undergoing percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Medical Care*, 29, p. 939 - 949.
- Cooper Marcus, C. (2001). *Design & Health – The therapeutic benefits of design. Gardens and Health*. Stockholm: Svensk Byggtjänst AB.
- Cooper Marcus, C., Barnes M. (1999). *Healing gardens. Therapeutic benefits and design recommendations. Introduction: Historic and Cultural Overview*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Corey, L.J., Wallace, M.A., Harris, S.H. & Casey, B. (1984). Psychiatric ward atmosphere. *Journal of Psychosocial Nursing*, 24, p. 10 - 16.
- Churchill Winston (1960). TIME, Sept 12.
- Dahlberg, K (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare. Andra upplagan*. Lund: Studentlitteratur.
- Dilani, A. (1998). *Design och omsorg i sjukhusplaneringen*. Akademisk avhandling. Stockholm: Institutionen för arkitektur och stadsbyggnad, Kungliga Tekniska Högskolan.
- Dilani, A. (2001). *Design & Health – The therapeutic benefits of design. Psychosocially Supportive Design, Scandinavian Healthcare Design*. Stockholm: Svensk Byggtjänst AB.

- Edwards, S., C. (1998). An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 28. Issue 4., p 809 - 819.
- Enqvist, A. & Johansson, K. (1990). *Ändrat vandringsbeteende i samband med förändrad vårdmiljö på en demensavdelning* (FoU-rapport, nr. 8). Boden: Vårdhögskolan Boden
- Eriksson, H. (2001). *Design & Health – The therapeutic benefits of design. Medical Research and its Impact on Healthcare Design*. Stockholm: Svensk Byggtjänst AB.
- Eriksson, K. (1992). *Den mångdimensionella hälsan. En studie om hälsobilden hos sjukvårdsledare och sjukvårdspersonal. Projektrapport 2*. Finland, Vasa: Åbo Akademi, institutionen för vårdvetenskap.
- Fernell, J. (2002). Listening to music during ambulatory ophthalmic surgery reduced blood pressure, heart rate and perceived stress. *Evidence Based Nursing*, 5, p. 16-16.
- Fottland, I. (2001). *Design & Health – The therapeutic benefits of design. A Patient-Focused Hospital RIT 2000 Project, Trondheim Hospital*. Stockholm: Svensk Byggtjänst AB.
- Fridell, S. (1998). *Rum för vårdens möten. Om utformningen av fysisk vårdmiljö för god vård*. Akademisk avhandling. Stockholm: Institutionen för arkitektur och stadsbyggnad, Kungliga Tekniska Högskolan.
- Fridell, S. (1991). Den fysiska vårdmiljön har terapeutisk betydelse. *Läkartidningen*. Vol. 88, nr 51-52, p. 4432 - 4435.

- Gross, R., Sasson, Y., Zarhy, M. & Zohar, J. (1998). Healing Environment in Psychiatric Hospital Design. *General Hospital Psychiatry*. Volume 20. Issue 2, p. 108 - 114.
- Götell, E., Brown, S, Ekman, S-L. (2000). Caregiver-assisted music in psycho geriatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, p. 119 – 125.
- Götell, E., Brown, S, Ekman, S-L. (2002). Caregiver singing and background music in dementia care. *Western Journal of Nursing Research*, 24(2), p. 195 – 216.
- Horsburgh, C.R. (1995). *Healing by design*. New England Journal of Medicine, 333, p. 735-740.
- Jahren-Kristoffersen, N. (1998). *Allmän omvårdnad 1. Profession och ämnesområde – utveckling, värdegrund och kunskap. Kap. 1, 6, 7*. Stockholm: Liber AB.
- Jenner, H. (2000). *Miljöterapi – igår, idag och imorgon. Miljöterapi – en rörelse med många ansikten*. Lund: Studentlitteratur.
- Kellner, J. & Stålbom (2001). *Byggande och miljö. Om hälsa, välbefinnande och hållbar utveckling*. Stockholm: Byggförlaget.
- Knez, I. (2001). Effects of colour of light on nonvisual psychological processes. *Journal of Environmental Psychology*, 21, p. 201 - 208.
- Lelchuk Staricoff, R., Duncan, J., Wright, M., Loppert, S., Scott, J. (2001). *A study of the effects of the visual and performing arts in healthcare. Hospital Development, Vol. 32. Issue 6, p. 25.*

- Moore, R.,C. (1999). *Healing gardens. Therapeutic benefits and design recommendations. Healing Gardens for Children*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Ottosson, J-O. (1995). *Psykiatri*. Stockholm: Liber Utbildning AB.
- Parker, J. (2000). Healing with design. *Hospital Development, Vol. 31. Issue 8, p.11*.
- Parsons, R., Tassinary, L.,G, Ulrich, R.,S, Hebl, M.,R, Grossman-Alexander, M. (1998). The view from the road: Implications for stress recovery and immunization. *Journal of Environmental Psychology, 18, p. 113 - 139*.
- Pattison, H.,M., Robertson, C.,E. (1996). The effect of ward design on the well being of post-operative patients. *Journal of Advanced Nursing, 23, p. 820 - 826*.
- Petzäll, K., Berglund, B., Lundberg, C. (1996). How beds are used at a University hospital. A study of bed and bedside activities. *Scandinavian Journal of Caring Science, 10, p. 122 - 126*.
- Petzäll, K., Berglund, B., Lundberg, C. (2001). Patients' opinions and experiences regarding the hospital bed and the bedside equipment: an interview study. *Scandinavian Journal of Caring Science, 15, p. 106 - 112*.
- Polit, D.F., Beck, C.,T., Hungler, B.P. (2001). *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization. Fifth ed*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999) *Nursing Research. Principles and methods. Sixth ed*. Philadelphia: Lippincott - Raven Publishers.

- Polit, D.F., Hungler, B.P. (1997). 4 th ed. *Nursing research. Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott - Raven Publishers.
- Ragneskog, H., Bråne, G., Karlsson, I., Kihlgren, M. (1996). Influence of Dinner Music on Food Intake and Symptoms Common in Dementia. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 10, p. 11 - 17.
- Rapp, B. (2001). *Design & Health – The therapeutic benefits of design. The Arts in Hospital and Care as Culture*. Stockholm: Svensk Byggtjänst AB.
- Ryberg, K. (1991). *Levande färger. En bok om färgernas dolda psykologi*. Västerås: ICA-Bokförlag.
- Sachs, N.,A. (1999). *Healing gardens. Therapeutic benefits and design recommendations. Psychiatric Hospitals*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schwade, S., Rao, L. (1994). Hospitals with the human touch. *Prevention*. Vol. 46. Issue 12, p. 92.
- Senior, P. (2001). *Design & Health – The therapeutic benefits of design. Art and Health*. Stockholm: Svensk Byggtjänst AB.
- Steelman, V.M. (1991). Relaxing to the beat: music therapy in perioperative nursing. *Today's OR Nurse*, 13, p. 18 - 22.
- Stouffer, J. (2001). *Design & Health – The therapeutic benefits of design. Integrating Human Centered Design Principals in Progressive Health Facilities*. Stockholm: Svensk Byggtjänst AB.

- Tansik, D.A. & Routhieaux, R. (1999). Customer stress-relaxation: the impact of music in a hospital waiting room. *International Journal of Service Industry Management. Volume 10. Number 1. p. 68 - 81.*
- Tydén, U. (1993). *Att skapa miljö för vård. Fysisk utformning av psykiatriska vårdmiljöer, miljöpsykologiska och praktiska aspekter.* Falun: Dalarnas forskningsråd.
- Ulrich, R., S. (2001). *Design & Health – The therapeutic benefits of design. Effects of Healthcare Environmental Design on Medical Outcomes.* Stockholm: Svensk Byggtjänst AB.
- Ulrich, R., S. (1999). *Healing gardens. Therapeutic benefits and design recommendations. Effects of Gardens on Health Outcomes: Theory and Research.* New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Urdike, P. (1990). Music therapy results for ICU patients. *Dimensions in Critical Care Nursing, 9(1), p. 39 – 45.*
- Whitehead, C.C., Polsky, R.H., Crookshank, C. & Fik, E. (1984). Objective and subjective evaluation of psychiatric ward design. *American Journal of Psychiatry, 141, p. 639 - 644.*
- Whitehouse, S., Varni, J.,W., Seid, M., Cooper-Marcus, C., Ensberg, M.,J., Jacobs, J.,R., Mehlenbeck, R.,S. (2001). Evaluating a children's hospital garden environment: utilization and consumer satisfaction. *Journal of Environmental Psychology, 21, p. 301 - 314.*
- Wijk, H., Sivik, L. (1995). Some Aspects of Colour Perception Among Patients with Alzheimer's Disease. *Scandinavian Journal of Caring Science, 9, p. 3-9.*

- Wikström, B-M. (1997). *Estetik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Wileman, S.M., Andrew, J.E., Howie, F.L., Cameron, I.M., McCormack, K., Naji, S.A., Eagles, J.M. (2001) Light therapy for seasonal affective disorder in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 178, p. 311 - 316.
- Wilow, K. (1999). *Författningshandbok. För personal inom hälso- och sjukvård. 30:e uppl.* Stockholm: Liber AB.
- Wilson, MR., Soth, N. & Robak, R. (1983). Managing disturbed behavior by architectural changes: making space fit the program. *Milieu Ther III (2)*, p. 15-24.
- Zeisel, J. (2001). *Design & Health – The therapeutic benefits of design. Health Outcomes Improvements from Alzheimer Care Design*. Stockholm: Svensk Byggtjänst AB.
- Öhman, A. (1994). *Rädsla, ångest, fobi*. Scandinavian University Press / Universitetsförlaget AS.
- Önneby, M. (1991). Konsten på sjukhus inte någon l'art pour l'art. *Läkartidningen*. Volym 88. Nr. 51-52, p. 4435.

BILAGA 1

Matris över artiklar och avhandling

Författare År	Titel	Land	Urval	Metodik	Resultat
Allen, Golden et al. (2001)	Norma- lization of Hyper- tensive Responses During Ambula- tory Surgical Stress by Peri- operative Music.	USA	40 stycken vårdtagare som skulle genomgå ögonopera- tioner, ålder 51- 88 år, medel- ålder 76 år; 75 procent kvinnor. Hälften, 20 stycken, fick lyssna på musik.	Kvantitativ fall- kontroll studie av vårdtagare. Randomiserad clusterstudie med uppföljning i det post- operativa stadiet. Tekniska mät- analyser och 7- punktsskala för redovisning av stress och be- mästringsför- måga.	Lägre värden av blodtryck och hjärtfrekvens uppvisades bland de som fick lyssna på musik och de upplevde även mindre stress, samt ökning av bemästrings- förmågor och ökat välbefinnande.
Bayo, García et al. (1995)	Noise Levels in an Urban Hospital and Workers Subjective Responses.	Spanien	295 stycken vård- personal; frivilligt deltagande. Åld. 18-30; 77 stycken, åld. 31-50; 189 styck- en, åld. 51- 65; 15 stycken.	Kvantitativ studie bestående av frågeformulär med flest slutna frågor, 20 frågor totalt, samt en rad ljudmät- ningar.	Resultaten visade att den största ljudkällan fanns inne på sjukhuset. Ljudnivåerna uppfattades vara tillräckligt höga för att störa personalens arbete och ljudnivåerna ansågs också påverka patienternas möjlighet till bekvämlighet och tillfrisknande. Vårdpersonalen gav förslag på förbättringar av ljudnivåerna.

Edwards (1998)	An anthropological interpretation of nurses' and patients' perceptions of the use of space and touch.	Storbritannien (England)	Sex vårdtagare (fyra kvinnor, två män); ålder 76-85 år. Sju stycken personal (fem kvinnor, två män); ålder 22-54 år, på en akut medicinsk avdelning.	Kvalitativ och induktiv studie med semi-strukturerade intervjuer av både vårdtagare och personal, samt observation av vårdtagare. En tredje part deltog i observerandet och intervjuandet för att undvika bias och uppnå validitet.	Männen föredrog en öppen avdelning där de kunde se praktiskt allt som hände. De hade inga invändningar mot att blanda manliga och kvinnliga vårdtagare och tyckte inte att deras möjlighet till privatliv blev lidande. Kvinnorna å andra sidan föredrog avskiljda rum och tyckte inte om att blanda män och kvinnor.
Fridell (1998)	Rum för vårdens möten. Om utformning av fysisk vårdmiljö för god vård. Doktorsavhandling.	Sverige	Vårdtagare, närstående och personal. Antal redovisas inte.	Observationer och kvalitativa intervjuer i empirisk fallstudieforskning. Framkommer inte vilka specifika metoder som har använts.	Utformningen av vårdmiljön har betydelse för god vård. Det är mycket väsentligt att forma miljön efter människornas förutsättningar. Genom att förändra ljusförhållandena, påverkar man även atmosfären.

Gross, Sasson et al. (1998)	Healing Environment in Psychiatric Hospital Design.	Israel	Personal och patienter på sjukhuset. Anger inte antal personer.	Teoretisk utvärderingsstudie.	Miljön skapade trygghet, bekvämlighet, lugn och avkoppling. Den fysiska miljön förmedlar en uppriktig respekt för patienten och stödjer denne. Allt detta medför ett snabbare tillfrisknande hos patienten och ökad trivsel hos personalen. Känslor av hot minskar och möjligheter till social gemenskap ökar. Närvaron med patienterna ökade och kontakten mellan patienter och personal främjades.
Lelchuk, Staricoff et al. (2001)	A study of the effects of the visual and performing arts in healthcare.	Storbritannien (England)	Patienter, personal och besökare; totala antalet 1001 stycken. Medelåld.: patienter; 54 år., personal; 36 år, besökare; 50 år.	Kvantitativ studie med frågeformulär innehållande skalor för att gradera svaren. Studien genomfördes under ett år.	Konsten fångade de flestas uppmärksamhet och hjälpte dem att koppla bort bekymmer och medicinska problem. För den levande musiken var summorna från alla tre urvalsgrupper höga. Musiken gav intresse, ökat välbefinnande och problem "lades på hyllan" för en stund.

Pattison & Robertson (1996)	The effect of ward design on the well-being of post-operative patients.	England	64 patienter från två gynekologiska avdelningar, 32 patienter från varje avd. På Nightingaleavd. var medelåld. 47.1 år, och på avd. med patientrum; 43.6 år. Två vårdtagare tackade nej till att bli intervjuade	Kvantitativ studie; individuella intervjuer med detaljerade frågeformulär indelat i tre delar vilka innefattade skalor delades ut till dem som spenderat mer än fem dygn på avd.	75 procent, föredrog avdelningen med patientrummen. 78 procent av Nightingale vårdtagarna hade uppfattningen att de var klart observerade, medan siffran för den andra avdelningen föll till 59 procent. Både vad gällande orolighet och depression var siffrorna högre på Nightingaleavdelningen, där orolighet också hade samband med ljudnivån på avdelningen.
-----------------------------	---	---------	--	--	---

Petzäll, Berglund, Lundberg (1996)	How beds are used at a University hospital. A study of bed and bedside activities.	Sverige	Sängplatser; kirurgavd.: 23 stycken, mest coloretala operationer. Internmedicinsk avd.: 26 platser.	Kvantitativ studie; observation av slumpmässigt utvalda sängar under en vecka på varje avdelning. Kirurgavd. observerades under våren 1993, och medicinavd. under hösten 1993. Varje säng hade ett specifikt nummer och ett randomiserat schema användes för vilken säng som skulle observeras, vilket skedde ungefär var tredje minut.	På en kirurgisk avdelning nyttjas sängen mer aktivt inom den medicinska behandlingen, medan på en internmedicinsk avdelning används sängen mer till sömn och vila.
Petzäll, Berglund et al. (2001)	Patient's opinions and experiences regarding the hospital bed and the bedside equipment: an interview study.	Sverige	60 stycken vårdtagare; 24 män och 36 kvinnor i åldern 22-90 år. Medelåld.; 72 år. Vårdtagarna låg på tre olika avd., i genomsnitt fem dygn, samt spenderade mycket tid i sängen.	Kvantitativ och kvalitativ intervjustudie med standardiserat frågeformulär innehållande både öppna och slutna frågor. Slutna frågor innehöll svarsalternativ.	Det framkom att patienterna var ordentligt missnöjda med sängens bekvämlighet, utrustningen bredvid sängen, samt den övriga fysiska miljön på avdelningen. Yngre vårdtagare (under 66 år) var mer kritiska. Deltagarna gav förslag på förbättringar.

Ragneskog Bråne et al. (1996)	Influence of Dinner Music on Food Intake and Symptoms Common in Dementia.	Sverige	20 stycken deltagare. Ålder 69 – 94, medelåld. 80 år. I genomsnitt var vistel- sen på äldreboen- det 2,5 år. 14 stycken personal inter- vjuades.	Kvalitativt och kvantitativt studie med fältexperiment; observationer, pulstagnning på patienter efter maten och vägning av maten, videoinspelning, samt intervjuer med fråge- formulär. Psykolog konsulterades för användning av mätskalor innefattande demens och beteendeföränd- ringar.	Under samtliga dessa tre musikperioderna åt vårdtagarna totalt mer än vad de gjort tidigare. Vårdtagarna var mindre irriterade, oroliga/ängestfyllda och nedstämda under musikspelandet, speciellt när lugnande toner spelades.
Tansik & Routhieaux (1999)	Customer stress- relaxation: the impact of music in a hospital waiting room.	USA	297 stycken personer svarade som vistades i väntrum- met, 135 svarade, 46.9 procent (medelåld. 46.3 år), när musik inte spela- des, 162 stycken, 38.6 pro- cent (medelåld. 45.6 år), när musik spelades.	Teoretisk studie med praktisk til- lämpning; kvan- titativt fråge- formulär med slutna frågor; svarsalternativ och skalor.	Musiken hade en betydande effekt när det gällde att minska stress och bidra till avslappning både när det gällde anhöriga och patienter. De blev även mer positivt inställda till vården.

Whitehouse, Varni et al. (2001).	Evaluating a children's hospital garden environment: utilization and consumer satisfaction	USA	Personal, patienter och anhöriga. Beteende-observationer av över 200 personer. Undersökning och intervjuerna, inkl. 83 vuxna, (17 män, 66 kvinnor) och 22 barn/ungdomar.	Kvantitativ och kvalitativ utvärderingsanalys; beteende-observationer med två olika tekniker för deskriptiv analys, semi-strukturerade intervjufrågor. Urvalet skedde randomiserat och stratifierat för att urvalsgrupperna skulle bli representativa.	I utvärderingsanalysen kom det fram av brukarna av trädgården att man ville ha mer träd och grönområden, mer lek- och aktiveringsmöjligheter för barnen, samt bättre förutsättningar att ta sig fram med rullstol. 90 procent av de tillfrågade, även de som inte hade besökt trädgården, uttryckte att det är viktigt att sjukhus har trädgårdar och grönområden.
Wijk & Sivik (1995)	Some Aspects of Colour Perception Among Patients with Alzheimer's Disease.	Sverige	I undersökningsgruppen: 12 patienter med Alzheimer (9 kvinnor, medelålder 87,5 år; 3 män, medelålder 83 år). I kontrollgruppen: 12 patienter utan någon form av demens.	Kvantitativ kontroll-fall-studie. 4 experiment gjordes för de två olika grupperna.	Färger hade stor betydelse för de demensdrabbade vårdtagarna. Färgerna fungerade som ett verktyg vid orientering på avdelningen och gav patienterna en större frihet. Även vårdkvalitén ökade.

Wileman, Andrew et al. (2001)	Light therapy for seasonal affective disorder in primary care.	Storbritannien (England)	57 personer deltog, ålder 24-62 år, medelåld.; 41 år.	Kvantitativ studie, som började med inbjudan till intervju med psykiatriker. De som uppfyllde kriteriet för årstidsbunden depression indelades randomiserat i två grupper; en grupp utsattes för vitt ljus (32 stycken; 30 kvinnor), den andra för rött ljus (25 stycken; 22 kvinnor). Strukturerad intervjuguide. Behandlingen skedde i form av ljusboxar, vilket deltagarna fick ta med sig hem.	Deltagarnas besvär i båda grupperna minskade med mer än 40 procent, men man fann inga skillnader i behandlingsresultaten mellan dem som hade fått klart vitt ljus och dem som fått svagt rött ljus.
-------------------------------	--	--------------------------	---	--	---
